

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição de ensino e de prática da Cirurgia

Diretor : Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LXIII

São Paulo, Abril de 1952

N.º 4

Sumário:

	Pág.
La noción del tiempo en la evolución de los procesos patológicos — Prof. MIGUEL LÓPEZ ENSAURIZAR.....	259
Colicistites e colesterose (Patologia e Radiologia) — Dr. MANOEL DE ABREU CAMPANÁRIO.....	263
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Neuro-Psiquiatria.....	271
Patologia.....	281
Pediatria.....	282
Cirurgia.....	284
Dermatologia e sifilografia.....	292
Otorrinolaringologia.....	292
Radiologia e Eleticidade Médica.....	293
Medicina.....	294
Higiene e Medicina Tropical.....	294
Proctologia.....	298
Sociedade Médica São Lucas.....	300
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas.....	304
Outras Sociedades.....	304
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	308
Vida Médica de São Paulo:	
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.....	309
Associação Paulista de Medicina.....	310
Sociedade de Gastrenterologia e Nutrição.....	314
Necrológico: Prof. André Dreyfus.....	318
Congressos e Cursos Médicos:	
Endocrinologia.....	321
VI Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria.....	322
Assuntos de Atualidade:	
Associação Médica do Paraná.....	322
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	324
Separatas e folhetos recebidos.....	327

GLICOSE A 50%
AMPOLAS COM 10 CM³



"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPREGO DA

Novidade absoluta

"TAUFEN"

Comprimidos

ORTO-OXIQUEINOLEINSULFONATO
de FENILDIMETIL-DIMETILAMIDO
ISOPIRAZOLONA



Anti-térmico

Anti-nevralgico

Nos Reumatismos

Gripes

Molestias infecciosas



LABORATÓRIO PHARMA

Marcello Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS

CAPA :		Cr\$
2. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
3. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		900,00
4. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.200,00
TEXTO :		Cr\$
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez		550,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez		300,00
Encarte por vez		1.000,00
Pagina fixa		20 % de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B1	0,006
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo



NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS

Elegantol

NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE



Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.

A base do **CELEBRE LEPTOLOBIIUM ELEGANS** — CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIOS, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 c.c. 3 vezes ao dia
em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 — Fone 33-3426 — São Paulo

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6% em Água destilada
Solutos de Glucósio a 5% com Vitaminas B₁, B₂ e PP
Solutos de Glucósio Isotônico com 10% de Alcool
Lactato de Sódio em Solução 1/6 Molar
Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio
Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5% e 10%
Solutos de Glucósio em água destilada a 5% e 10%

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Solutos de Lactato de Sódio e Cloreto de Sódio
com Cloreto de Potássio (Solução de Darrow)

Em frasco de 250 cm³

**MATERIAL PARA INSTALAÇÃO DE BANCOS DE SANGUE:
TRANSFUSO VAC, PLASMA VAC, CONJUNTOS DE
COLHEITA E ADMINISTRAÇÃO DE SANGUE.
PLASMA HUMANO NORMAL SECO (IRRADIADO)**



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ: Rio de Janeiro — Rua Paulino Fernandes, 53-55 — Tel.: 46-1818
C. Postal 3.705 — End. Telegr. "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias — Estado do Rio — Rua Campos, 543

FILIAL: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Tel.: 32-9626

End. Telegr.: "BAXTER"

EUCOLENO

À base de subcarbonato de bismuto, caolim,
peróxido de magnésio hidratado e metilatropina



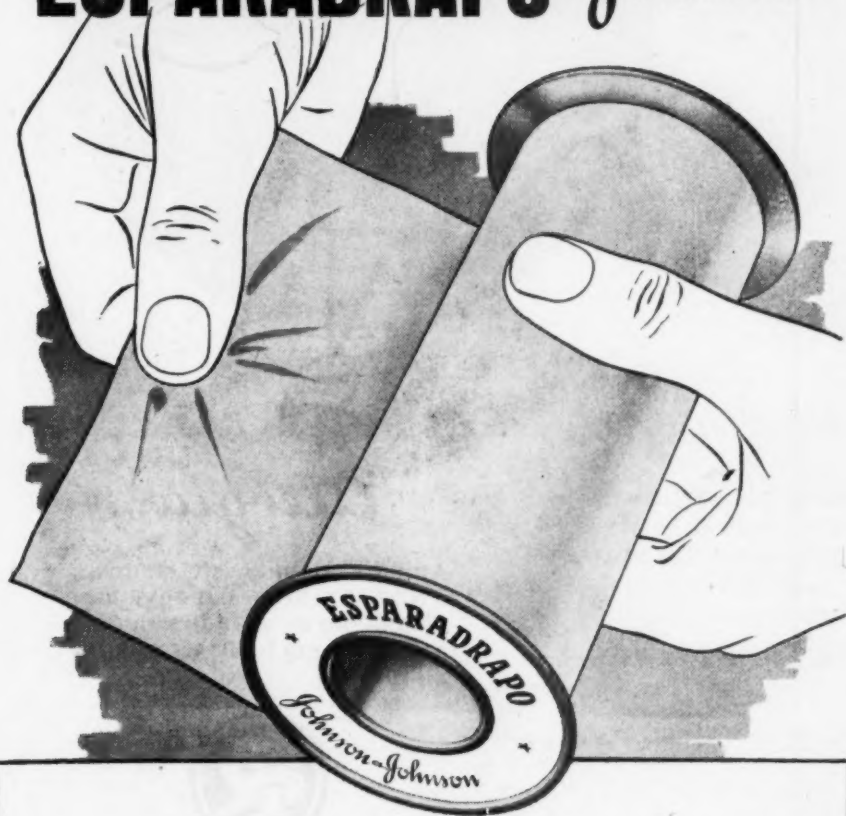
Curativo
das

colites, apendicite e úlceras gastro-duodenais

Laboratório Gross-Rio

Feito de acôrdo com as exigências dos cirurgiões
para tôdas as exigências da cirurgia:

ESPARADRAPO Johnson



**SÃO SUAS
CARACTERÍSTICAS:**

ADERÊNCIA INSTANTÂNEA
ISENTO DE REAÇÃO CUTÂNEA
IMPERMEÁVEL
FÁCIL DE DESENROLAR
FÁCIL DE RETIRAR

NEO-ANTERGAN



Alergia...

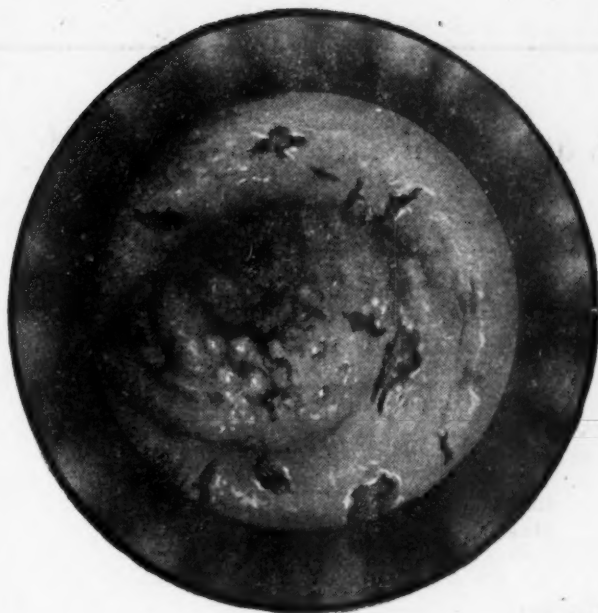
Anti-histamínico de síntese,
o NEO-ANTERGAN é o novo me-
dicamento de grande valor te-
rapêutico em todos os estados
alérgicos.



— A marca de confiança —

SSS

R90-448 - PANAM



SIGMOIDOSCOPIA
DO RETO

*na disenteria devida a *Shigella paradysenteriae**

"Seis crianças entre 4 e 6 anos de idade . . . tomaram terramicina. A diarreia que era pronunciada cessou em 48 horas em 4 doentes e em 72 horas nos outros dois . . . Em todos o germe desapareceu das fézes depois do começo do tratamento e não reapareceu."¹

A terramicina "é um agente eficaz na quimioterapia . . . da disenteria bacilar crônica."²

1. Dowling, H. F., e comp.: *Ann. New York Acad. Sc.* 53:433 (15 Set.) 1950.

2. Sayer, R. J., e comp.: *Am. J. M. Sc.* 221:236 (Março) 1951.

CLORIDRATO DE TERRAMICINA CRISTALINA

apresentado | em grande variedade de formas de dosagem
para tratamento tópico, oral e intravenoso.

LABORATÓRIOS PFIZER, S.A.

Avenida Franklin D. Roosevelt, 126, Rio de Janeiro, Brasil

Representantes do Maior Produtor de Antibióticos do Mundo

Terramicina • Combiótico • Penicilina • Estreptomina • Dihidroestreptomina • Polimixina • Bacitracina

Novo sal antimonial de baixa toxidês!!!

(Iodoantimoniato de Tiamina)

Fórmula química:

$\text{C}_{12} \cdot \text{H}_{17} \cdot \text{OSn}_4 \cdot \text{Cl} \cdot \text{CLH} \cdot 2\text{Sb} \cdot \text{I}_3$

Peso molecular 1.323

Composição centesimal

Antimonio % 13.40

Iodo % 53.60

Tiamina % 25.47

Especialidade:

IODOSTIBAMINA

Solução aquosa de iodoantimoniato de
Tiamina à 4% em ampôlas de 5cm³,
caixa com 12 ampôlas

*Schistosomose-Leishmaniose
e Linfogranuloma venéreo*

USO INTRAMUSCULAR

★

Amostras e literaturas à disposição dos Srs. médicos

Caixa Postal, 943 — Fone, 33-9519 — São Paulo

LABORATÓRIO VERUM

A MARCA



GARANTE O
SUCESSO

Erugon

Hormônio testicular,
ampolas

Elityran

Pan-Hormônio Tiroideo
comprimidos e ampolas

Ondena

Hormônio ovariano
dragées e ampolas

Prolan

Hormônio do lóbulo
anterior da hipófise,
ampolas e dragées

Lampolon

Preparado
hepático injetável
ampolas

Orastina

Hormônio utero-ativo
ampolas

Lacarnol

Hormônio cardíaco
gotas e ampolas

Padutina

Hormônio circulatório
ampolas e gotas

Tofina

Hormônio entero-tônico
ampolas

Insulina-Bayer

Hormônio
do pâncreas

HORMONIOS

« Bayer »

VITAMINA B12 + ÁCIDO FÓLICO + F. ANTIANÊMICO



Ação completa contra
todos os sintomas das
anemias macrocíticas:
hematológicas - neurológicas - intestinais

Fator Antianêmico *Labor*

Com Vitamina B12

(Vitamina B12 + Ácido fólico + F. Antianêmico)

LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SAO PAULO)



ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua P. rapitinguí, 114 - Fone, 33-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LXIII

ABRIL DE 1952

N.º 4

La noción del tiempo en la evolución de los procesos patológicos *

Prof. Miguel López Esnaurrizar

F. I. C. S. (Hon.) México

El Prof. René Leriche a quién tanto debemos como inspirador de nuevas ideas en patología acaba de publicar (Presse Medicale 59:62,1281.º6 de octubre de 195) un trabajo con éste título que nos sirve de manera magnífica para fijar un importante concepto.

Nos dice el Prof. Leriche: "el tiempo es para nosotros una realidad mensurable, medida por acontecimientos astronómicos en función de los cuales lo hemos fraccionado. Naturalmente lo aplicamos a las relaciones de ciertos fenómenos tisulares. — ¿pero que es el tiempo para nuestros tejidos? El tiempo pasa pero no para el tiempo fisiológico. No tenemos la menor idea. Estamos desorientados por fenómenos tisulares que son acontecimientos desconcertantes para nuestros modos de — cálculo". Refiere cuatro ejemplos. Uno el de un soldado quién en — 1915 sufrió herida por arma de fuego alojándose el proyectil en la masa muscular paravertebral a la altura de la 12.ª dorsal; a los 25 años, en 1940, aparecieron los primeros signos de paraplegia. El segundo — muy análogo, herida en sedal de la masa epitrocleana y lesión nerviosa que cura en tres meses; al cabo de 20 años aparecen dolores muy intensos "una sola cosa alivia el dolor, por algunas horas, la inyección de novocaina a nivel de la cicatriz y en el tronco del cubital en el brazo". El tercero un amputado del brazo con dolores violentos que aparecen 30 años después de la operación y en fin un cuarto caso, de hemartrosis de la rodilla sobrevenida 71 años después de habersele hecho (probablemente) artrodesis.

"Todos estos hechos tienden a probar que nuestra vida física escapa a nuestra lógica, que la lesión no es la medida de la enfermedad, y que el tiempo para la patología no se cuenta según nuestras normas habituales".

Nosotros en nuestra práctica de patología funcional estamos encontrando diariamente casos, muchos parecidos y otros mas importantes de padecimientos activos con 25 ó 40 años de duración qué desaparecen desde — que captamos el concepto de la simpatitis y creamos los métodos simpaticoterápicos (ver nuestro libro "Nueva Patología Funcional" Edición Uteha 1951 México); los casos referidos por el Prof. Leriche los explicamos — como de irritaciones simpáticas que tienen en patología esa característica interesante. Para ilustrar nuestra idea referimos dos casos recientes: una enferma A. de G. de 49 años de edad quien desde hace 33 años sufre — dismenorrea intensa; desde hace 20 años síndrome ulceroso gástrico incoersible, hace dos meses sufre pancreatitis aguda con síndrome anginoso que obliga al cirujano a practicar una operación que descarta lesiones anatomopatológicas; nos es enviada por éste cirujano, hacemos el diagnóstico de simpatitis que manifestó hace 33 años en la dismenorrea, 13 años después en el síndrome ulceroso y hace 2 meses en pancreatitis y angina de pecho; hacemos los tratamientos simpáticos y espláncnicos tópicos y en la primera semana logramos borrar la pancreatitis, el síndrome ulceroso y la dismenorrea ocurriendo la primera menstruación no dolorosa en toda la vida de la enferma. Otros casos un hombre de unos 60 años quien sufrió amputación del muslo en el tercio medio hace 40 años y por todo ese tiempo soporta la molestia de dolores fulgurantes desde el muñón a la pélvis y extrema sensibilidad dolorosa; con tratamiento simpaticoterápico tópico según nuestros métodos logran en pocos días la desaparición de estos trastornos.

En consecuencia tenemos la observación de numerosos casos que la *simpatitis tiene de peculiar una persistencia o evolución muy prolongada*; su instalación puede ser desde pocos días o semanas como las simpatitis post-parto, que se llamaron flebitis asépticas o de muchos años como los casos referidos por el Prof. Leriche. Siendo así las cosas tenemos el privilegio de explicar llanamente los hechos señalados por el Prof., dando una base lógica que aclara en mucho los que fueron misterios de la vida fisiológica interna.

Providencie para que, no quarto em que permanece algum doente, o ar seja renovado de modo continuo e cauteloso. — SNES.

*Úlceras
gastro-duodenais*



Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.

Rua Morais e Silva, 30 — Caixa Postal, 329

Rio de Janeiro

GADUSAN

Antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desentoxicante do tuberculoso.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose" (Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tubérculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



★
**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



Colecistites e colesterose (Patologia e Radiologia) *

Dr. Manoel de Abreu Campanário

Radologista da C. A. P. dos Ferrovários Estaduais de São Paulo

1) — COLECISTITE CRÔNICA

Nesta doença a vesícula pode apresentar parede delgada nos casos em que se acha distendida, dilatada, ou parede espessada nos casos em que tenha sofrido processos de retração. A parede vesicular comumente está fibrosada e invadida por infiltração linfocitária, mostrando-se pálida, descorada. A mucosa está parcial ou totalmente destruída.

E' comum a colecistite crônica estar acompanhada de cálculos, como já foi frisado anteriormente.

Quando os cálculos se acham parcial ou totalmente introduzidos na trama de formações fibrosas da parede interna da vesícula biliar, temos, então, a chamada *vesícula em colmeia* (*Honey gallblader* dos americanos). Contudo, os *cálculos intra-parietais* são raros.

* * *

As características radiológicas do colecistograma nas colecistites, em linhas gerais, são as seguintes:

1) — Colecistograma de *densidade muito diminuída*, que após a refeição de Boyden quasi sempre desaparece inteiramente ou se transforma em sombra quasi imperceptível.

Na maioria das vezes, enquanto a imagem vesicular vai se apagando após a comida de Boyden, a sua redução de volume é insignificante ou mesmo nula.

2) — A aparição de cálculos no colecistograma é bastante comum (colecistite calculosa).

3) — A ausência de colecistograma é, também, bastante comum.

* Capítulo de um livro a sair brevemente.

4) — A aparição retardada da imagem vesicular (está só aparece 8 a 10 horas após administração do tetraiodo) é um sinal às vezes presente na colecistite crônica.

5) — Retardamento do esvaziamento vesicular (a imagem vesicular persiste 2, 3 ou mais horas após a refeição de Boyden). Tal fenômeno pode acontecer em certos casos de colecistite, embora seja ele mais comum na *discinsia atônica*.

Estes sinais, contudo, são apenas de probabilidade. Não há *sinal radiológico patognomônico da colecistite*.

2) — COLECISTITE AGUDA OU SUB-AGUDA

A vesícula geralmente está aumentada de volume em vista da dilatação. A sua cor torna-se avermelhada ou esverdeada. O pús muitas vezes provoca a distensão do órgão (piocolecisto). E' bastante comum, também, o processo patológico estar acompanhado de cálculos.

Nos processos inflamatórios agudos da vesícula a ausência de colecistograma é, quasi sempre, a regra.

No empiema vesicular, quando o colecisto alcança grande volume, a sombra d'este último poderá aparecer na chapa simples.

3) — COLESTEROSE OU VESÍCULA MORANGO

O processo patológico designado pelo nome de colesterose resulta de um distúrbio do metabolismo do colesterol. O nome "*strawberry gallbladder*" foi dado por Mac Carty porque nesta doença o aspecto macroscópico da mucosa vesicular lembra o da superfície finamente granulosa e de cor amarelo-escuro do morango. Um figo aberto lembraria, contudo, muito mais ainda a colesterose do que propriamente o morango, como salientam Chiray e Pavel.

A denominação de *colesterose* é de Mentzer.

Na opinião de Mackey, citado por Mac Carty, "*a colesterose é essencialmente um processo asséptico subordinado à capacidade que possui a mucosa vesicular de absorver colesterol da bile*". Para tal autor a supersaturação da bile pelo colesterol é causa não só da colesterose, mas ainda da formação de cálculos de colesterol.

Os depósitos de cor amarelo-ouro observados na mucosa vesicular em tal doença são constituídos principalmente de ésteres de colesterol (Boyden).

Alguns autores julgam que o colesterol passaria da vesícula para o sangue através da mucosa desta última, quando a sua

O ESTADO DE S. PAULO

Directores do jornal desde a fundação: Américo de Campos, 1925-1934; Francisco Rangel Penna, 1934-1938; Mesquita, 1938-1971; Nator Rangel Penna, 1971-1972.

JULIO MESQUITA (1941-1972)

Numero do dia: Cr\$ 1.000, domo; Cr\$ 1.500, atrozado, Cr\$ 2.000. Redação, edição e oficinas: Major Quadros, 28 Tel. 24.431. Publicidade: Rua Libero Badur 485 - Telefone, 35.262.

DIRETOR: FELINO BARRETO - JULIO DE MESQUITA FILHO

ANO LXIII - SEXTA-FEIRA, 12 DE OUTUBRO DE 1951

NUM. 22.325

REDAÇÃO-CHEFE: MARCELO RITTER

Truman apresenta ao Congresso o projeto de orçamento para 1952

Truman submeta a verba de \$3 bilhões e 400 milhões de dólares para o próximo ano fiscal — 31 bilhões para o tratamento não-militar — 10 bilhões e meio para o auxílio militar e financiamento ao exterior

WASHINGTON, 21 de set. — O presidente Truman apresentou ao Congresso o projeto de orçamento para 1952. O documento, que será discutido no próximo mês, prevê uma verba total de \$3 bilhões e 400 milhões de dólares para o próximo ano fiscal. O projeto é dividido em três partes principais: o tratamento não-militar, o auxílio militar e o financiamento ao exterior.

O projeto de orçamento para 1952 prevê uma verba total de \$3 bilhões e 400 milhões de dólares para o próximo ano fiscal. O documento é dividido em três partes principais: o tratamento não-militar, o auxílio militar e o financiamento ao exterior. O tratamento não-militar representa a maior parte do orçamento, com uma verba de \$21 bilhões.

O auxílio militar representa uma verba de \$10 bilhões e meio, e o financiamento ao exterior representa uma verba de \$2 bilhões e meio. O projeto também prevê uma redução de \$1 bilhão e meio no orçamento para o próximo ano fiscal, em comparação com o ano anterior.

Fechados os consulados da Grã-Bretanha na Persia

Novo representante de Londres em Teerã

TEERã, 20 de set. (AP) — A Grã-Bretanha fechou os seus consulados na Persia e no Afeganistão, e nomeou um novo representante em Teerã. O novo representante, Sir John Gell, chegou a Teerã no dia 19 de setembro.

Churchill ainda não deixou os Estados Unidos

WASHINGTON, 20 de set. (AP) — O primeiro-ministro britânico, Winston Churchill, não deixou os Estados Unidos para retornar ao Reino Unido, como se esperava.

Novo embaixador de Grã-Bretanha em Teerã

TEERã, 20 de set. (AP) — O novo embaixador britânico na Persia, Sir John Gell, chegou a Teerã no dia 19 de setembro.

Estudo sobre metais

WASHINGTON, 20 de set. (AP) — Um estudo sobre metais, realizado pelo Departamento de Energia, revelou que a produção de metais no mundo está aumentando rapidamente.

Estudo sobre metais

WASHINGTON, 20 de set. (AP) — Um estudo sobre metais, realizado pelo Departamento de Energia, revelou que a produção de metais no mundo está aumentando rapidamente.

O novo salário mínimo no Distrito Federal

BRASÍLIA, 20 de set. (AP) — O novo salário mínimo no Distrito Federal foi estabelecido em \$1.000 por mês.

Declaração do presidente da "Brazilian Traction"

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Presidente da "Brazilian Traction" declara que a empresa não tem intenção de abandonar o Brasil.

Esvaem-se as esperanças de acordo em Pan-mun-jon

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

Grupos de negociações do armistício Turner Joy — Países Bálticos pronunciaram durante as últimas negociações da Subcomissão.

A aviação da ONU mantém a supremacia

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15"

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

Dezesseis caças da ONU deram um "MIG-15".

LEOCILLIN

(Hidriodeto do beta dietilaminoetil-éster da benzil-penicilina)

LEOCILLIN é um novo derivado da penicilina, com excepcional afinidade para os pulmões pelos quais é excretado seletivamente.

Com a administração do **LEOCILLIN**, as concentrações de penicilina nos pulmões e árvore brônquica, são bem mais elevadas e de maior duração do que as obtidas com o emprego da penicilina procaínica ou sódica.

LEOCILLIN, agindo como a penicilina em todas as infecções causadas por bactérias sensíveis ao emprego desta, é particularmente, indicado nas afecções pulmonares: bronquites agudas ou crônicas, bronquiectasias, abscessos pulmonares, pneumonias e infecções pulmonares associadas ao carcinoma pulmonar.

Frasco-ampola de 500.000 unidades (0,5 g.)

VENDA SOB RECEITA MÉDICA

LØVENS KEMISKE FABRIK

Copenhague — Dinamarca



DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA

INDÚSTRIA FARMACÊUTICA ENDOCHÍMICA S/A

Estrada de Santo Amaro, 1239 — São Paulo

concentração na bile fosse maior do que no sangue, mas que, também, seria possível a sua passagem da torrente sanguínea para a vesícula, na hipótese contrária (Walters e Snell).

* * *

A colesterose é uma modalidade de colecistite crônica. Assim sendo, podemos dizer que as características radiológicas de tal processo patológico, de modo geral, são as mesmas da colecistite crônica, muito embora seja de utilidade prática a descrição de certas particularidades estas que variam muito de acordo com a intensidade da doença.

Aliás, a variabilidade do quadro radiológico da *vesícula-morango* é muito grande, o que não deve causar a nossa admiração, pois a imagem radiográfica dependerá da intensidade e da extensão do processo patológico. A anatomia patológica mostra-nos que são relativamente frequentes os *casos frustos* de colesterose nas inflamações crônicas da vesícula, tão frustos às vezes que só poderão ser diagnosticados pelo exame microscópico das peças. Macroscopicamente pode-se notar, às vezes, nêstes casos, sinais de alteração da vesícula, mas não sinais característicos da doença.

Entrementes, não há sinais clínicos nem radiológicos patomômicos da vesícula-morango.

Radiologicamente pode haver:

- 1) — Colecistograma normal. Isto acontece nos casos muito frustos, incipientes, em que uma grande porção da mucosa vesicular esteja vicariante.
- 2) — Colecistograma de densidade muito diminuída, como acontece de ordinário na colecistite crônica.
- 3) — Ausência de colecistograma (nos casos avançados).
- 4) — Visibilidade espontânea da vesícula. Isto só acontece quando o processo patológico já muito evoluído tenha provocado esclerose ou espessamento da parede vesicular.

* * *

Precisamos, com oportunidade, analisar um fenômeno de fisiologia que se prende ao estudo radiológico das colecistites em geral.

O ritmo de concentração aumenta durante o esvaziamento vesicular. A chapa tomada 30 minutos em média após a refeição de Boyden, mostra, de ordinário, imagem vesicular mais densa do que a da chapa tomada antes de tal refeição. Se o ritmo de concentração não aumentasse durante a fase principal do esvaziamento, o colecistograma após o Boyden deveria ser

menos denso em vista da diminuição do volume vesicular. Entretanto, isto só se observa nas colecistites, isto é, em condições patológicas tais em que a concentração esteja diminuída. A nosso vêr, como já acentuamos em outro capítulo, êste sinal é de importância no *diagnóstico radiológico de probabilidade* das colecistites em geral.

4) — SINAIS INDIRETOS DA COLECISTITE

Não devemos deixar de reconhecer a possibilidade da existência de sinais indiretos de certas colecistopatias, mais particularmente da colecistite, no estômago e no duodeno.

A árvore biliar extra-hepática e o pâncreas sendo anexos ao tubo digestivo, tendo relações de contiguidade, de inervação, de vascularização e, também, relações funcionais, principalmente com o estômago e duodeno, fortalecem e sancionam êste conceito.

E' agradável ao espírito reconhecer que muitos dos sinais indiretos de certas pancreopatias, no estômago e no duodeno, já estão bem conhecidos e definidos, como se verá mais a frente em capítulo concernente ao estudo radiológico do pâncreas.

Contudo, a nosso vêr, é impossível catalogar, à luz dos conhecimentos da fisiopatologia digestiva moderna, pelo exame radiológico, livre de fantasia, isto é, cientificamente, os sinais indiretos da colecistite no estômago e no duodeno. Eles ao certo existem, mas ainda não puderam ser individualizados e, talvez, jamais o poderão ser por intermédio da técnica radiológica.

O perfeito conhecimento da radiologia gastroduodenal é difícilimo. Os sinais radiológicos das afecções gastroduodenais são muito complexos e sutis, cheios de pormenores e filigranas, e se, às vezes, aparecem nítidamente na imagem estática das chapas, outras vezes só se deixam surpreender transitória e fugazmente na imagem dinâmica da radioscopia, mas mesmo assim apenas pelos olhos do radiologista muito experimentado.

A úlcera gástrica, por exemplo, só tem um sinal patognômico: — o nicho. Entretanto, os seus sinais indiretos, em grande parte já bem conhecidos, são em grande número. Tais sinais não só chamam a atenção do radiologista para a *existência provável* da úlcera, mas também, muitas vezes, lhe indicam a sede da mesma. A *gastrite satélite* da lesão ulcerosa, a interrupção das dobras da mucosa na região do nicho, o aceleração do trânsito gastroduodenal, a chanfradura na grande curvatura produzindo quando pronunciada a biloculação gástrica, a dilatação assimétrica do estômago, a *zona aperistáltica* observada na pequena curvatura, ao nível da sede da lesão, o *sinal da tetitude* coincidindo mais ou menos com a extensão da dita zona, a entrecabertura permanente e alargamento do canal pilórico, o es-

pasmo do antro e a dilatação uniforme do bulbo duodenal (megabulbo), etc., são incontestavelmente sinais indiretos da úlcera gástrica, de grande valia.

A úlcera do bulbo duodenal, também, apresenta alguns sinais indiretos, o mesmo acontecendo, às vezes, com os divertículos do duodeno.

E' preciso que o radiologista saiba não apenas pesquisá-los, mas, antes de tudo, os individualize muito bem, pois do contrário poderá atribuí-los a processos patológicos extragástricos ou extraduodenais.

No bátrato de opiniões diferentes e discordantes acerca dos *sinais a distância* da colecistite, uma coisa é absolutamente certa: muitos sinais de lesões gástricas ou do duodeno têm sido tomados por equívoco ou por ignorância por aqueles. As deformações do bulbo duodenal, por exemplo, podem ser citadas a favor desta afirmativa. As deformações bulbares por compressão extrínseca da vesícula nos casos de pericolecistite ou de outras colecistopatias realmente existem, mas são raras.

A maioria esmagadora das deformações do bulbo decorre incontestavelmente da úlcera, cujo nicho, às vezes é de difficilima visibilidade ou mesmo, periodicamente, invisível, pois devemos lembrar de que tal doença tem carater evolutivo crônico, com fases de agudização alternadas com períodos de cicatrização. Há também a possibilidade do nicho estar sangrando e, por isto, obturado por coágulo sanguíneo. Em alguns casos de pericolecistite secundária à úlcera duodenal as mais exdrúxulas alterações de forma e contornos do bulbo decorrem antes da lesão ulcerosa do que propriamente de aderências duodenovesiculares.

A disposição anatômica dos vários segmentos duodenais não raramente apresenta anomalias, às vezes, aliás, extravagantes. Muitas destas anomalias têm sido tomadas ingenuamente por sinais indiretos de colecistite. O estudo sistematizado e completo de tais anomalias é de grande utilidade prática.

Creemos que certos distúrbios funcionais ou mesmo certos sinais fisiopatológicos observados radiologicamente no estômago e no duodeno, só devam ser atribuídos como *muito provavelmente* oriundos da vesícula biliar ou do pâncreas quando o radiologista excluir de todo a possibilidade dum processo patológico gastroduodenal. Mas não nos esqueçamos de que tal exclusão é difi-

5) — PERICOLECISTITE

O diagnóstico radiológico da pericolecistite é difícil e, muitas vezes, impossível. Há casos, por exemplo, em que a vesícula apesar de aderida ao bulbo duodenal não sofre modificações de forma.

Nos casos radiologicamente típicos de pericolecistite, aliás raros, a vesícula pode apresentar (1) pinçamento da região fúndica ou do corpo, (2) aspeto de *linha quebrada* no seu contorno, (3) densidade descontínua numa determinada zona mais ou menos circunscrita da sua silhueta, em forma de halo, dando ao radiologista a convicção de que tal zona esteja comprimida e, por isto, de menor espessura, o que equivale dizer de menor densidade, (4) persistência relativa de tais alterações mesmo após a prova de Boyden ou mudança de atitude do paciente.

Perante tal quadro radiológico, se necessário, o radiologista completará o exame fazendo: a) radioscopia da vesícula combinada com a do estômago e duodeno, b) chapas localizadas com o uso de cones estreitos. No caso de haver aderências a fixidez do colecisto, às vezes, é muito nítida.

Há casos excepcionais em que as deformações por aderências poderão simular malformações congênicas ou anomalias. O reverso da medalha, também, poderá acontecer. Nestas circunstâncias o uso do *Decholin* logo após a tomada da primeira chapa, às vezes, auxilia a interpretação.

Há casos, também, de pericolecistite, em que o único sinal radiológico perceptível e uma pronunciada diminuição de densidade do colecisto acompanhada da desapareição do mesmo após o Boyden, o que sugere ao radiologista o diagnóstico de colecistite.

Aliás, quasi sempre, a pericolecistite é apenas um capítulo avançado da colecistite, não sendo, portanto, de estranhar que o quadro radiológico de ambas, circunstancialmente, seja similar.

NOVIDADE!

NOS ECZEMAS POMADA DE RADON

Pedidos a ILARSA

**RUA CONSELHEIRO FURTADO, 645
SÃO PAULO**



...Para o lactente
sadio



Pelargon

Leite em pó completo, acidificado, adicionado de amido pré-cozido e açúcares seleccionados.

Encerra a gordura e os demais elementos do leite de vaca integral com a digestibilidade grandemente facilitada pela acidificação.

NESTLÉ

SUBTOSAN



Sucedâneo do plasma sanguíneo

Perfeita conservação por
tempo indeterminado
Boa tolerância do organismo
Facilidade de emprêgo

Comodidade de transporte
e aprovisionamento
Tratamento econômico
Supressão da determinação
dos grupos sanguíneos



A marca de confiança

SSS

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 7 de maio de 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Freitas Julião

Degeneração lipóidica do neuroeixo. Considerações anatomo-clínicas a propósito de uma forma atípica de idiotia amaurotica familiar — Drs. Orlando Aidar e Jesé Lamartine de Assis. Os autores apresentam o caso de um menino de 3 anos, branco, examinado na Clínica Neurológica (Serviço do Prof. Adherbal Tolosa), cuja doença iniciou-se por convulsões após provável adenite inguinal. A criança apresentava retardo psíquico e motor provável, afasia possível, impossibilidade de andar e distúrbios na deglutição. Não havia moléstia de caráter hereditário na família. Ao exame foram notados, além dos dados acima, hipertemia, síndrome pirâmido-extrapiramidal com sinais bilaterais de déficit e libertação; o exame hematológico indicava um quadro infeccioso inespecífico e o liquor apre-

sentava discreta hipercitose e hiperalbuminose. O exame neurológico era normal. A evolução completa da doença foi de 8 meses, tendo-se desenvolvido por surtos e remissões. Em relação ao diagnóstico de localização concluiu-se por uma encefalopatia crônica difusa. No tocante ao diagnóstico da natureza do processo, não havia elementos para um diagnóstico preciso. No entanto, a evolução por surtos e remissões e início após um foco infeccioso banal, mas que poderia constituir a causa desencadeante, aliado ao terreno predisponente, poderiam fazer pensar numa encefalomielite difusa desmielinizante esporádica. A falta de antecedentes hereditários e familiares afastou o lado, o quadro clínico e os exames subsidiários não permitiam fôsse o caso incluído entre as afecções herede-genera-

Brevemente

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6.^a Série*Pedidos ao autor*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574

São Paulo

PREÇO Cr \$200,00

tivas do sistema nervoso, seja no grupo disráfico, seja no abiotrófico, segundo a classificação de Bielschowsky. Resumindo, chegou-se ao diagnóstico genérico de uma encefalopatia difusa crônica de caráter degenerativo e talvez desmielinizante. O estudo anátomo-patológico do caso demonstrou degeneração lipídica das células nervosas em todo o neuro-eixo, em proporção maior no claustró, bulbo e medula, em vários graus de degeneração, culminando em face de enorme tumefação baloniforme típica. Cortes de congelação, corados pelo escarlate R demonstraram, nas células em geração, a presença de lipóides com coloração alaranjada, muito próxima do tom laranja-violáceo da mielina, que não estava alterada. A glia apresentava-se hiperplástica, especialmente a oligodendróglia interfascicular, e havia hipertrofia dos astrócitos. A citroarquietura do córtex cerebral estava profundamente alterada em várias áreas.

Comentários: — Dr. Oswaldo Freitas Julião: É interessante o facto de, na observação apresentada, a sintomatologia não corresponder, sob vários aspectos, àquela observada comumente na moléstia de

Tay-Sachs, classificando-se assim entre as formas atípicas da moléstia: o início processou-se aos dois anos e meio, ao contrário da moléstia de Tay-Sachs, na qual os primeiros sintomas surgem habitualmente entre os 3.º e 6.º mês; na evolução do caso dos autores houve um período de remissão, o que também não é de verificação habitual na idiotia amaurótica. Por outro lado, a ausência do caráter heredomamial e do fator social, a ausência das características alterações dos fundos oculares (sinal de Tay), assim como a hipercitose verificada ao exame do liquor, tornam o caso digno de apresentação. A idade em que tiveram início os distúrbios neurológicos aproximaria o caso ao da "forma infantil tardia" (ou de Bielschowsky) da Idiotia Amaurótica, na qual, entretanto, manifestam-se desordens cerebelares e existe pigmentação retiniana, a evolução se processando em 3 anos aproximadamente. O quadro neurológico observado no caso é ainda interessante porque, conforme o Dr. Lamartine de Assis relatou em reunião realizada na Faculdade de Medicina, sugeria o diagnóstico clínico de encefalomielite desmielinizante.

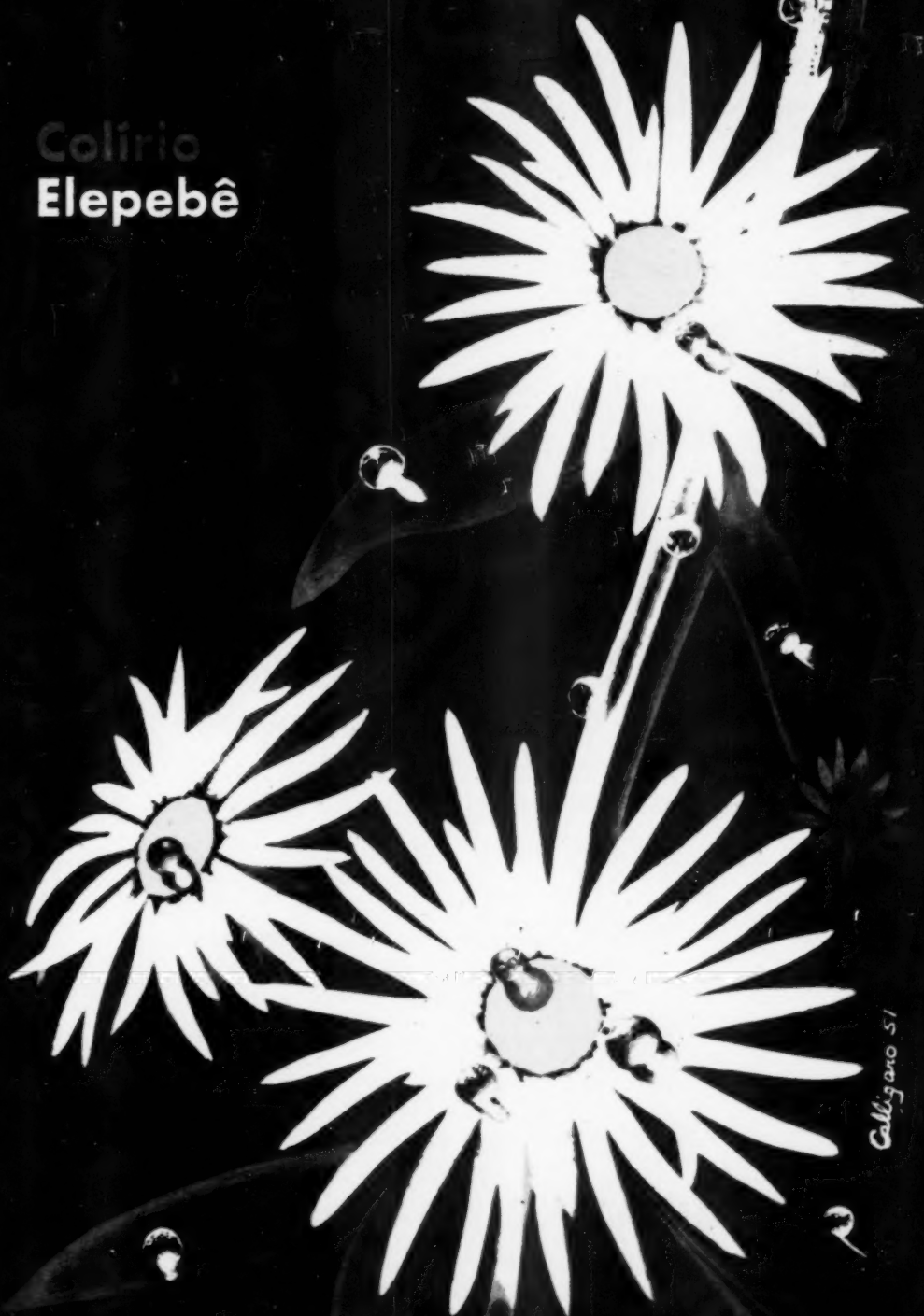
SESSÃO EM 5 DE JUNHO DE 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Freitas Julião

Valor do exame líquido cefalorraqueano no diagnóstico dos tumores intracranianos — Drs. Aloysio Mattos Pimenta, Octavio Lemmi e João Baptista dos Reis. Em 180 casos de tumores intracranianos histologicamente verificados, os autores fizeram a comparação sistemática entre os diversos elementos do exame do líquido cefalorraqueano e os elementos clínicos cirúrgicos e patológicos, no intuito de obterem dados de interesse diagnóstico. O exame do liquor, que precedeu, na maioria das vezes, de 1 a 30 dias a verificação cirúrgica do tumor, mostrou anormalidades em 76 % dos casos. A colheita do líquido cefalorraqueano foi realizada, quase sem-

pre, por via cisternal, em vista do menor número de reações secundárias, permitindo seu largo uso em ambulatório, da maior proximidade do foco lesional, proporcionando dados mais puros e de mais fácil interpretação, e com cautelas especiais, quando o paciente era portador de sinais clínicos de hipertensão intracraniana. A punção negativa da cisterna constituiu elemento de valor na suspeita diagnóstica dos tumores da fossa posterior. O estudo da pressão veio demonstrar que ela foi normal em 35% dos casos, diminuída em 7% e aumentada em 58%. A hipotensão foi frequente nos casos de hematomas duros. Os tumores de crescimento rápido (glioblastoma

Colírio
Elepebê



Calligano 51

Orvalho das almas

COLÍRIO ELEPEBÊ

Solução de propionato de sódio a 5 %

- CONJUNTIVITES AGUDAS E CRÔNICAS
- BLEFARITES
- IRRITAÇÕES DOS OLHOS
- INFECÇÕES CORNEANAS DE ORIGEM BACTERIANA

De ação rápida e intensa nas infecções por
cogumelos e bactérias

A aplicação do COLÍRIO ELEPEBÊ é seguida de um ligeiro
ardor que desaparece após alguns segundos

COLÍRIO ELEPEBÊ É APRESENTADO EM VIDROS
CONTA - GOTAS DE 15 cm³

Amostras á disposição dos Snrs. Médicos

DEPARTAMENTO DE PROPAGANDA

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

RUA SÃO LUIZ, 161 — CAIXA POSTAL, 8.086 — FONE: 35-3141
SÃO PAULO

e abscesso) tiveram maior tendência a apresentar hipertensão, em oposição aos tumores de crescimento lento (astrocitomas e meningiomas). A sede supra ou infratentorial dos tumores não influuiu decisivamente no aparecimento da hipertensão. Não houve paralelismo entre hipertensão liquórica e sintomatologia clínica de hipertensão intracraniana. O índice de Ayala (quociente raquidiano), nos casos de liquor hipertenso, foi quase sempre menor do que 5 (tipo tumoral), não tendo sido comprovado o valor do chamado quociente raquidiano diferencial de Ayala. O aspecto do liquor mostrou xantocromia nos casos de hematoma, retículo fibrinoso freqüente nos abscessos e glioblastomas, sendo que o aspecto hemorrágico apenas apareceu em casos de hematoma. A citologia quantitativa foi normal em 64% dos casos. Nos casos anormais, a hiperцитise foi mais freqüente nos abscessos e, em seguida, nos glioblastomas. A citologia específica evidenciou correlação entre a presença de eosinófilos e a cisticercose, e entre a presença de neutrófilos e o abscesso e o hematoma. A taxa das proteínas totais apresentou-se aumentada em pouco mais da metade dos casos (57%). Não houve influência evidente da sede supra ou infratentorial do tumor, o mesmo não acontecendo em relação à natureza: o abscesso e o glioblastoma mostraram nítida tendência para os valores altos das proteínas e, mais ainda, os neurinomas do acústico; os astrocitomas foram acompanhados freqüentemente de valores baixos de proteínas e os meningiomas ocuparam posição intermediária, entre os primeiros e os últimos. A dissociação albuminocitológica foi freqüente nos tumores de crescimento lento (meningiomas e astrocitomas), ao passo que a associação albuminocitológica predominou nos de crescimento rápido (abscesso e glioblastoma). As chamadas reações das globulinas seguiram de perto as variações das taxas das proteínas. A reação do benjoim

coloidal da 2.^a e 3.^a zonas (curva meningítica) foi sempre a mais freqüente, não havendo grande influência da natureza ou sede tumoral, enquanto que a reação de Takata-Ara predominou com o tipo floculante (tipo luético da reação). As taxas de cloretos e de glicose não mostraram variações que pudessem ser levadas em conta para o diagnóstico dos tumores intracranianos. A reação de Wassermann foi negativa com exceção apenas de um caso em que foi positiva, inespecífica. A reação de fixação de complemento para cisticercose foi positiva 6 vezes, sendo três vezes específica e outras três inespecífica. Quanto ao liquor ventricular, estudado em poucos casos, mostrou alterações apenas nos casos de lesão supratentorial. Nos tumores infratentoriais a taxa de proteínas do liquor ventricular foi sempre normal.

Procidência intra-raqueana de núcleo pulposo gigante, sem radiculalgia — Drs. Rolando Angelo Tenuto e José Zacis. Os autores apresentam o caso de uma jovem de 33 anos, portadora de intensa dor localizada na porção baixa da coluna lombar, sem qualquer irradiação. Essa dor que, em virtude da intensidade, imobilizava a paciente no leito, surgiu sem causa aparente durante um período em que estava acamada. O exame neurológico, muito prejudicado pelo sofrimento que as diversas manobras proporcionavam à paciente, mostrou apenas dor à pressão e à percussão das apófises espinhosas de L4 a L5. As tentativas de colocar a paciente em posição sentada e a mobilização de seus membros inferiores acentuavam a dor naquele nível da coluna vertebral. Tendo sido encontrada uma colestíase, a paciente foi submetida à colecistectomia, a qual não trouxe qualquer alívio do sintoma. A perimielografia mostrou imagem lacunar em correspondência com o espaço intervertebral L4-L5. Através de hemilaminectomia, foi observada uma hérnia paramediana de dimensões comuns. Todavia, o material retirado através da

abertura do ligamento longitudinal posterior pesava 10,7 g. O exame histopatológico mostrou tratar-se de núcleo pulposo com infiltrado inflamatório. Reexaminando as radiografias foi observado que o espaço L4-L5 era maior do que os espaços intervertebrais vizinhos, ao contrário do que se poderia esperar, e as faces adjacentes das vértebras L4 e L5 apresentavam nítidos sinais de osteólise. Não sabendo como conciliar o achado radiológico com o resultado do exame histológico, os autores se limitam a registrar o caso.

Comentários: — Dr. Antonio Branco Lefèvre: Ressalto a importância da ciatralgia no diagnóstico das hérnias de núcleo pulposo.

Dr. Celso Pereira da Silva: Indago se houve estudo radiológico simples do caso e se não havia história do traumatismo.

Dr. Orestes Barini: julgo que o título apresentado não se adapta bem ao trabalho, porquanto não tem nada de especial o fato de falhar a radiculalgia. Há, de fato, importante a notar o tamanho do núcleo pulposo, especialmente no disco lesado no caso presente.

Dr. José Zacis: Concorro quanto à importância da ciatralgia. Foram realizadas radiografias simples para outros fins, não especialmente para a coluna vertebral; em relação ao possível traumatismo havia a registrar apenas uma queda do leito imediatamente antes do aparecimento da lumbalgia. O tamanho do núcleo pulposo deveria justificar uma radiculalgia.

Síndrome de atetose dupla como manifestação residual de eritroblastose fetal — Dr. Roberto Marlagno Filho.

O autor registra o caso de uma paciente, de 24 anos, branca, cuja sintomatologia consistia essencial-

mente em oligofrenia pronunciada, discretos movimentos do tipo atetótico das mãos e nítidas hiperquinasias predominantemente mímicas, masticatórias e linguais. Essas hiperquinasias se pronunciavam por fatores emotivos e desapareciam durante o sono. O parto da paciente se processou normalmente, mas no segundo dia de vida surgiu uma icterícia pronunciada com crises tônicas paroxísticas, com hiperextensão do tronco e da cabeça em opistótono. Aproximadamente uma semana após, esses fenômenos regrediram, mas o desenvolvimento motor e mental ficaram muito sacrificados. Assim, a paciente apenas manteve a cabeça na posição erecta aos 3 anos de idade e algum tempo depois pôde ficar sentada sem apoio. Começou a caminhar aos 6 anos de idade. A história obstétrica da progenitora da paciente é muito interessante. Teve 12 concepções, das quais as duas primeiras resultaram em crianças normais. A terceira gestação foi de um caso cuja evolução e sintomatologia eram superponíveis as da paciente ora registrada e que faleceu, caquética, aos 13 anos de idade. A quarta gestação corresponde à paciente observada, no 3.º dia de vida, e diversos abortos. Os diversos exames paraclinicos, inclusive a pneumocefalografia, foram negativos. A chave do diagnóstico etiológico foi dada pelo estudo imunológico: paciente Rh positivo; mãe Rh negativo. O título de aglutininas anti-Rh no soro materno era muito elevado, de 1:32. Finalizando o registro da observação, o autor chama a atenção para a importância do estudo imunológico de casos neurológicos, sobretudo de incidência familiar, para se pesquisar a possibilidade do diagnóstico de uma encefalopatia residual de doença hemolítica neonatal.

SESSÃO EM 5 DE JULHO DE 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Freitas Julião

Hereditariedade em psiquiatria. Fatos e preconceitos — Dr. Anibal Silveira. — O autor ressalta

a necessidade de revisão da hereditologia psiquiátrica nos seus próprios dados objetivos, além de uma



*Nos estados
dolorosos
de origem espasmódica*

ESPASMO-CIBALENA

Supositórios

Drágeas

Empôlas

Produtos Químicos **CIBA** S.A.

C. Postal 3437

Rio de Janeiro

revisão conceptual. Refere que alguns dados têm sido contraditórios devido à complexidade dos distúrbios psíquicos, do conceito diagnóstico dos pesquisadores e por dependerem de informes da família. Lembra que: 1) o que é herdado são os traços psicológicos e não a doença mental; 2) tais traços dependem das estruturas cerebrais em sistema; 3) a fragilidade genética de certos sistemas faz com que fatores psicógenos ou externos bem tolerados por outrem desencadeiem no paciente a doença em aprêço. Após exemplificar com casos concretos, lembra que se deve dissipar preconceitos do público, como a incurabilidade da doença mental, o medo da tara por vezes acrescido pela consanguinidade, que as neuroses constituem doença mental, que a epilepsia estigmatiza o paciente com a decadência mental.

Comentários. — Dr. Orestes Barini: O autor apresenta dados objetivos e conclusões diversas das minhas. Em face dos gráficos demonstrados é evidente que os números estatísticos são muito grandes. Portanto, a tara existe. Quero ressaltar que há um traço comum nas várias moléstias endógenas. Não estou de acordo quanto às conclusões gerais relativas à consanguinidade e gostaria de pedir esclarecimento sobre o conceito empregado na avaliação.

Dr. Anibal Silveira: Nos estudos herdológicos igualmente se regis-

tram os casos anormais e, se estes têm incidência de 2%, esta deve ser bem maior na árvore genealógica.

Sintomatologia psíquica do lobo orbitário. — Drs. Isaías Melsohn e Spartaco Vizzotto — Os autores apresentam uma contribuição ao estudo localizatório em patologia cerebral, acentuando os elementos do quadro clínico que conduzem ao diagnóstico das síndromes orbitárias. Os fundamentos filogenéticos, anatômicos, neurofisiológicos e clínicos sugerem que a zona orbitária, parte do rinocéfalo e alguns núcleos diencefálicos constituem um sistema funcional. Os estímulos interoceptivos e olfativos afluentes a essas estruturas são integrados na porção cortical do sistema num nível de regência das atividades instintivas (nutritiva e sexual). Dessas considerações se depreende a caracterização da síndrome orbitária, conformada por vários pesquisadores e sistematizada pela escola de Kleist. Do material clínico foram selecionados 3 casos de verificação cirúrgica e necroscópica, com sintomatologia referida e comprovação de tumor mediano da fossa orbitária, "état verrouillé" da face orbitária do lobo frontal e neuroglioma paramediano da fossa orbitária. As alterações necroscópicas verificadas em cortes seriados permitiram, ademais, a demonstração das correlações anátomo-clínicas comportáveis no caso.

SESSÃO EM 8 DE AGOSTO DE 1951

Presidente: Dr. Oswaldo Freitas Julião

Considerações a propósito de 4 casos de moléstia desmielinizante pós-vacínica. — Drs. Antônio Branco Lefèvre e Helena Wronski. — Os autores passam rapidamente em revista os quadros clínicos decorrentes das vacinações e apresentam 4 casos, relacionados com vacinação antivariólica (3) e antitífica (1). Analisam a sintomatologia apresentada, bem como a

terapêutica empregada que, em 3 dos casos, foi baseada em antihistamínicos. Tecem considerações a propósito destes casos sob os pontos de vista do quadro clínico e da terapêutica.

Considerações a propósito de 3 casos de moléstias desmielinizantes. — Drs. Antônio Branco Lefèvre e Maria I. Valente. — Os au-

tores passam em revista os aspectos clínicos das afecções nervosas relacionadas com as moléstias infecciosas próprias da infância. Apresentam dois casos de encefalopatia pós-saramposa e um de encefalomicropatia pós-variólica. Têm comentários sobre a patogenia e a terapêutica destas afecções, chamando particularmente a atenção para a patogenia alérgica.

Encefalopatia desmielinizante pós-saramposa. Apresentação do paciente. Cura clínica — Drs. Isidoro Giuzio, Pedro Badra e José Lamartine de Assis — Trata-se de W. W. B., branco, brasileiro, com 8 anos de idade, examinado em 24-9-1950. Moléstia iniciada no décimo dia de sarampo, em plena fase febril da convalescença, com surto febril que ultrapassou 40°C, e inconsciência. Remissão após 24 horas, seguida de nova agravamento. Convulsões no quinto dia, com paralisia do hemicorpo esquerdo e, depois de várias horas, novas crises com paralisia do hemicorpo direito. Exames de líquido intervalados por 72 horas, normais. O mesmo sucedeu com os exames de urina, hematológico e de fundo de olho. No oitavo dia da complicação o enfermo apresentava-se inconsciente, diplégico e com sinais pirâmido-extrapiramidais bilaterais, além de rigidez de nuca. Foi então iniciado o uso do Benadril, oxigênio, radioterapia profunda central (doses anti-inflamatórias) e continuados os antibióticos (penicilina e cloromicetina). É preciso notar que estes últimos não estavam influenciando a evolução da doença. Após 2 semanas de tratamento, nitidas e rápidas melhoras, primeiro do quadro psíquico e depois do neurológico. Depois de 4 semanas, a fala se havia normalizado e na sexta semana a deambulação era possível. Atualmente o estado do paciente é muito satisfatório, só restando regime geral de hiperreflexia tendinosa e moderada alteração da personalidade. A criança retornou à sua atividade habitual, inclusive ao curso escolar.

A propósito de alguns casos de moléstias desmielinizantes do sistema nervoso. — Drs. Roberto Melaragno Filho e Orlando Aidar. — Os autores tecem comentários sobre dois casos estudados clínica e anátomo-patologicamente. O primeiro referia-se a uma jovem de 14 anos que iniciara a sintomatologia com um quadro de mielite aguda: paraplegia grave sensitivo-motora, distúrbios pronunciados de esfíncteres e profundas escaras de decúbito. Após longo tratamento clínico e paciente enfermagem, os distúrbios neurológicos melhoraram sensivelmente. No entanto, cerca de um mês após, a paciente apresentou amaurose à esquerda com edema de papila bilateral. Pouco a pouco, graves sinais de sofrimento encefálico apareceram: hemiplegia direita com afasia (de início transitória, depois definitiva), grasping reflex e sinais de rigidez decerebrada, com Magnus-Kleijn. Nos períodos finais manifestou-se uma libertação emocional com choro espasmódico e paralisia do músculo reto externo esquerdo. Morte por broncopneumonia. Os achados histopatológicos evidenciaram alterações com os caracteres da encefalopatia periaxial difusa, tipo Schilder, ao lado de processos do tipo da doença de Devic. O segundo caso, homem de 35 anos, apresentou inicialmente uma paralisia de ambos os membros inferiores e pouco depois, também dos superiores, configurando tetraplegia. Posteriormente, surgiram distúrbios mentais, com agitação psicomotora e distúrbios visuais que sugeriam um processo de cegueira cortical. A pneumoencefalografia revelou ligeira hidrocefalia interna. Histologicamente foi feito o diagnóstico de encefalopatia desmielinizante do tipo Schilder.

Patologia das dismielinizações primárias do sistema nervoso central. — Dr. Orlando Aidar — A característica comum e fundamental das doenças dismielinizantes é a degeneração primária das fibras nervosas ou dos vasos. Outras

alterações, como necrose, gliose, infiltrados inflamatórios, etc., aparecem isoladas ou associadas em duas ou mais dessas doenças, ou em variantes de cada uma delas. A extensão e o grau dessas alterações, a predileção localizatória e a idade em que incidem, influenciadas de vários modos pela intensidade do agente causal, constituição e estado de receptividade do paciente, etc., dependerão de fatores ainda desconhecidos, e são outros tantos motivos das numerosas variações que existem de caso para caso. As transições de uma para outra dessas doenças frequentemente são apenas quantitativas e não é muito rara, em um mesmo caso, a concomitância de quadros tidos como de doenças diferentes. Por esses motivos, numerosos patologistas têm tentado reunir as doenças dismielinizantes primárias em um só grupo, atribuindo-lhes patogenia semelhante, embora admitindo diversidade de fatores etiológicos desencadeantes. Para esses autores, o mecanismo responsável pelas lesões seria de natureza alérgica. Fundamentam-se, para tanto, em argumentos ponderáveis e demonstrações experimentais sugestivas. Outras autoridades não reconhecem a validade da teoria alérgica e invocam argumentos também respeitáveis. A verdade é que os fatores causais dessas doenças continuam ignorados. Tem-se incriminado também, como seus agentes, as reações tóxicas, as infecções, ação de enzimas lipolíticos, distúrbios vasculares, etc. Experimentalmente, em animais de laboratório, tem-se provocado dismielinização de várias maneiras, sem que os quadros obtidos correspondam exatamente aos observáveis nas doenças humanas. O só fato de serem feitas essas experiências em animais já justificaria, porém, algumas dessas diferenças. Acresce que, mesmo entre as várias espécies, há diversidade de reações a tal ou qual agente mórbido. Considere-se também que, na experimentação, as condições nunca reproduzem exatamente as naturais. Tais resultados têm sido ob-

tidos por meio de oclusão parcial de vasos cerebrais, anoxia química, injeção de toxinas, injeção intracerebral ou extracerebral de emulsões e extratos cerebrais. São representantes principais dessas doenças a esclerose difusa de Schilder, a neuromielite óptica de Devic, a esclerose múltipla ou disseminada, a degeneração combinada subaguda da medula, as encefalomielites disseminadas, pós-infecciosas e a encefalomielite alérgica experimental. A seguir, o autor descreve a patologia de cada uma dessas doenças, com projeção de dispositivos, e resalta os elementos de semelhança em que se baseiam os autores. Conclui com a opinião de que parece assistir razão aos pesquisadores que vêm defendendo a unidade patogênica desse grupo de doenças dismielinizantes do SNC. De fato, muitos são os elos que aproximam essas várias formas mórbidas, se bem que não devemos esquecer a tendência do tecido nervoso para reagir de modo muito semelhante e agente etiológicos os mais diversos.

Moléstias dismielinizantes do sistema nervoso. — Dr. Antônio Branco Lefèvre. — O autor passa em revista as várias hipóteses aventadas para explicar a patogenia das moléstias dismielinizantes do sistema nervoso. Analisa as idéias expostas por Ferraro, tanto no que diz respeito à patogenia quanto ao conceito unicista da classificação, estabelecido com base em uma patogenia alérgica comum. Expõe vários argumentos de ordem experimental e clínica, que parecem falar em favor desta hipótese. Em vista do pequeno número de argumentos de ordem terapêutica ainda não permitir qualquer juízo mais seguro, propõe o autor que os casos clínicos venham a ser tratados por meio de anti-histamínicos ou de desensibilizantes, para que se torne possível, no futuro, uma apreciação mais exata.

Comentários. — Prof. Carlos Gama: Com referência ao trabalho dos Drs. Antônio Branco Lefèvre



NOVO TRATAMENTO DA ASMA

No tratamento da asma, o 'Neo-Epinine' apresenta notáveis vantagens: ❶ Como antiasmático é igual à adrenalina e superior à efedrina.

❷ Relativamente livre dos efeitos acessórios, cardiovasculares e outros, das injeções de adrenalina. ❸ Não provoca insônia. ❹ Dispensa injeções, sendo eficaz por via sublingual ou por inalação oral.

Para efeitos imediatos: 'Neo-Epinine', Soluto (a 1 por cento) para pulverizações. Frascos de 10 c.c., para inalações orais.

Para efeitos mais prolongados: 'Neo-Epinine', comprimidos 'Tabloid' de 20 mg., para administração sublingual. Frascos de 25 e 100 comprimidos.



'NEO-EPININE'

SULFATO DE ISOPRENALINA



BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.), LONDRES

Representantes no Brasil: SOMERJUL, SOCIEDADE MERCANTIL LIMITADA, SÃO PAULO
PROFAR, SOC. DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA., RIO DE JANEIRO

e Helena Wronski, lembro as antigas preocupações da escola do Prof. Vampré em face de tais casos, que se apresentavam em grande número, a ponto de se fazer um movimento junto ao Serviço Sanitário. A resistência foi enorme, pois alegaram que tal medida seria contraproducente do ponto de vista social. Há uma dualidade de princípios entre os sanitistas em notificar as moléstias infecciosas e fugir das complicações, o que era ditado pela tendência da população de se subtrair a profilaxia. Por isso julgo que seria melhor apenas a notificação de colega a colega. Com relação ao trabalho da Dra. Maria I. Valente, há 3 meses, no pavilhão de Neurocirurgia da Santa Casa de São Paulo, tivemos um caso de encefalomielite pós-saramposa em um menino mulato. Fizemos radioterapia profunda, ácido glutâmico e aureomicina. A melhora foi extraordinária. Uma irmã do menino também teve meningoencefalite após sarampo. Queremos ressaltar o emprêgo do ácido glutâmico nessas situações, bem como a trombose que apareceu no curso da moléstia.

Dr. Paulo Pinto Pupo: Qual o critério que norteou o diagnóstico de moléstia dismielinizante? O cronológico? Se o critério foi este, por que a denominação de dismielinizante? Em alguns dos casos apresentados havia convulsivos há muitos anos e depois foi registrado o aparecimento de encefalopatia. Qual foi o critério adotado? Qual o critério neuropatológico adotado para o diagnóstico da moléstia de Schilder? Discordo do diagnóstico feito, porquanto tratava-se de um quadro inicialmente medular. Entendo como tal uma moléstia da substância branca, sistêmica, por lacunas, sem respeitar limites, que leva logo à necrose seguida de processo recuperativo e até conjuntivo. Ora, o caso apresentado era bem diverso. Outra coisa com que discordo é com o fato do autor persistir em usar a terminologia "degeneração combinada subaguda" para caracterizar

esses casos, quando ele mesmo mostrou que não se trata desse processo, mas sim de focos lacunares de dismielinização. Não se trata de degeneração combinada e não vejo razão para manter essa terminologia.

Dr. Oswaldo Freitas Julião: A propósito das complicações neurológicas da vacinação anti-rábica, tive ocasião de observar 3 casos há algum tempo, 2 dos quais apresentavam o quadro de uma (meningo)mielopatia transversa (cervical e torácica, respectivamente) e o terceiro correspondia à forma polirradiculoneurítica, acompanhada de diplegia facial e dissociação albumino-citológica no liquor. Recordo que, ao lado da forma mielítica habitual, outras variedades têm sido reconhecidas: formas meningo-radículo-neuríticas, polirradiculoneuríticas, (meningo)encefalomielíticas, meningíticas. Em relação à patogenia, lembro algumas das hipóteses aventadas (má preparação do vírus, ativação do vírus pela vacina, endotoxina do vírus fixo), destacando particularmente o mecanismo de uma reação alérgica, que parece constituir o principal fator em questão, segundo muitos autores.

Dr. José Lamartine de Assis: O critério adotado foi de fato o cronológico, porquanto o caso se enquadrava no período registrado pelos diversos autores. Outro fato que quero ressaltar é a remissão rápida, por reabsorção do edema alérgico. Seria, pois, uma encefalopatia desencadeada pela infecção.

Dr. Roberto Melaragno Filho: Nós não rotulamos o caso como moléstia de Schilder, mas sim registramos uma encefalomielopatia de forma dismielinizante. De qualquer modo não tem qualquer valor a catalogação. Queria aproveitar e perguntar ao Dr. Antonio Branco Lefèvre se há algum trabalho experimental com profilaxia desses casos pelo ACTH.

Dr. Orlando Aidar: No meu trabalho procurei ressaltar os aspectos que ligam entre si as moléstias dismielinizantes. Penso que

Nervous
FIRMS



MultiBeta

MultiBeta

CONSTELAÇÃO VITAMINICA "B"

Profilaxia e tratamento da pelagra. Anorexia.

Transtornos do crescimento. Carência vitamínica por distúrbios viscerais.

Suplência de alimentos deficientes em vitaminas "B" (dietas alimentares).

De modo geral, MultiBeta tem indicação plena em todos os casos em que se tornarem necessários qualquer um ou todos os elementos de que se compõe: vitaminas B-1, B-2, B-6 e PP.

Como os elementos do complexo B não sofrem alterações sob a influência dos princípios digestivos, MultiBeta, para maior facilidade de seu emprego, é apresentada sob uma forma para uso parenteral e outra per os.

INJETAVEL

FORMULA:

Cloridrato de tiamina (Vit. B-1)	0,0250
Riboflavina (Vit. B-2)	0,0005
Piridoxina (Vit. B-6)	0,0050
Nicotilamida (Vit. PP)	0,0250
Sol. cl. de sódio 5/00	2 cm3

Lic. no S. N. F. M. sob n. 534/43

Caixa com 10 ampólas de 2 cm3

POSOLOGIA:

ADULTOS: 1 a 3 ampólas diariamente, aplicáveis tanto por via intramuscular como endovenosa.

CRIANÇAS: 1 ampóla em dias alternados.

IMPORTANTE: A administração pela via venosa depende da gravidade dos casos e fica a critério do médico assistente.

Pode ser aplicado contemporaneamente (na mesma seringa) com soluções de glucose, salicilato de sódio, urotropina, novatofan ou gluconato de cálcio, desde que o tratamento assim o exija.

DRAGEAS

FORMULA:

Cloridrato de tiamina (Vit. B-1)	0,005
Riboflavina (Vit. B2)	0,002
Ac. nicotínico (Vit. PP)	0,006
Piridoxina (Vit. B-6)	0,001
Inosito hexa-fosfato ácido de cálcio e magnésio	0,15
Sacaramices cerevisae, pó q. s. p.	0,30

Lic. no S. N. F. M. sob n. 328/43

Frasco com 40 drágeas a 0,60

MULTIBETA drágeas, cujas indicações são idênticas às do produto injetável, destinam-se particularmente às pessoas que, por motivos óbvios, não toleram injeções.

Na sua composição entra um sal orgânico complexo de fósforo, cálcio e magnésio, de alto e reconhecido valor terapêutico por suas propriedades características e fácil assimilação. Trata-se do inosito hexafosfato ácido de cálcio e magnésio, mais comumente conhecido por fitina, e cujo teor em fósforo (22%) o recomenda especialmente em todos os casos em que o metabolismo precisa ser estimulado e o organismo retemperado.

POSOLOGIA:

ADULTOS: 1 a 2 drágeas às principais refeições.

CRIANÇAS: 1 drágea por dia.

Laboratorio Sanitas do Brasil, S. A.

AV. LINS DE VASCONCELOS, 3420

TELEFONES: 70-2184 • 70-1262

SÃO PAULO — BRASIL

falhei nesse intuito, pois não compreendo como o Dr. Paulo Pinto Pupo duvida, ainda mais que os diapositivos demonstram claramente a moléstia de Schilder. Estamos mostrando apenas que as moléstias de Schilder, de Devic, etc., devem ser mantidas até que fique estabelecida a etiopatogenia de todas essas formas e aguardamos para tanto os esclarecimentos da clínica e da experimentação. Quanto à denominação de degeneração combinada subaguda, ela é a corrente. Em relação ao aspecto sistemático, quero acentuar que há degeneração mais freqüente nos cordões látero-posteriores.

Dr. Antonio Branco Lefèvre: Estou, em princípio, de acordo com o Dr. Carlos Gama. Não obstante, é justo que façamos um movimento junto ao Serviço Sanitário, pois não devemos esquecer os problemas que de fato existem. Podíamos apresentar estatísticas. Elas foram feitas em 1949, revelando 45 casos bem estudados. Por outro lado, comunicaram-me no Instituto Biológico que o Brasil é um dos únicos países que ainda usam antígeno, o que é verdadeiramente uma tentativa de mielopatia experimental. A terapêutica pelo ácido glutâmico, que foi referida, é lógica, pois ele é protetor da célula nevosa. A pergunta que faço é se a trombose do caso apresentado não seria alérgica? Isso viria falar em favor da

anafilaxia. Quanto ao Dr. Paulo Pinto Pupo: o critério é de fato o cromológico, que estabelece uma relação de causa e efeito. Dois pacientes que eram convulsivos antigos devem ser considerados. Um dos casos é típico: fez uma vacina antitífica, apresentando um quadro hipercinético; a segunda vacinação desencadeou novo surto de hipercinesia e mais tarde uma emoção foi responsável pelo terceiro surto. O outro teve sarampo, apresentando hemiplegia e afasia após estado de mal. Nunca vi um caso pós-vacinação anti-rábica, como o relatado pelo Dr. Oswaldo Freitas Julião. Também não vi nada sobre ACTH. Seria interessante o seu emprêgo na terapêutica dos edemas e não na profilaxia.

Dr. Paulo Pinto Pupo: Diante do que disse o Dr. Orlando Aidar, devo explicar que a minha finalidade foi apenas a elucidação. Quanto à anatomia patológica não faço críticas propriamente. Continuo discordando da patogenia e ressalto que não se deve confundir a com a etiologia. O fato da patogenia ser alérgica não quer dizer que a etiologia seja a mesma.

Dr. Orlando Aidar: Por mais progresso que tenhamos feito, acho que devemos ser sempre cautelosos. Não concordo com as mudanças de denominação, da mesma maneira que não creio ter feito confusão entre patogenia e etiologia.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, em 16 de maio de 1951

Presidente: Dr. Rui de Souza Pacheco

Icterícia hemolítica com elevado teor de aglutininas anti-M no soro materno — Drs. Carlos da Silva Lacaz, Armando Sampaio, Lauro Ribas Borges, Oswaldo Mellone e Oscar Yahn. Os autores registram um caso de ictérica hemolítica em recém-nascido do grupo A, RH+, cuja mãe, igualmente do grupo A, RH+, apresentava elevado teor de aglutininas anti-M no soro. Ao que parece, essas aglutininas podem ser classificadas como imuno-aglutininas; todavia, é difícil demonstrar se elas

foram a causa da hemólise observada no recém-nascido. Fica, porém, registrada a observação, que poderá servir de ponto de partida para novas investigações.

Comentários: — Dr. Dalbio Palhano: Pergunto se foi determinado o grupo M do primeiro filho.

Dr. Carlos da Silva Lacaz: Não, e não foi feito também teste de Coombs, porque logo de início afastou-se a idéia de interferência do fator Rh no fenômeno da hemólise.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 12 de julho de 1951

Presidente: Dr. Azarias de Andrade Carvalho

Valor real da radiografia no diagnóstico da lues congênita precoce — Dr. Miguel Mario Centola.

O autor iniciou mostrando a evolução do exame radiográfico no diagnóstico da lues congênita precoce, que somente depois de 1939, com Caffey, Chiappa, teve seu valor real estabelecido. A radiografia não é patognomônica como também não o são os demais meios de diagnóstico, exceção da pesquisa do treponema, seja no exame direto em campo escuro, seja no exame histológico. Isto apesar de certos sinais radiológicos — o de Winberger, o de Wegner e a solução de continuidade da linha epifisária nos primeiros meses — terem sido encontrados somente na lues congênita precoce. No entanto, o exame radiológico pode ser incluído entre os sinais precoces e os mais frequentes, pois evidencia as lesões ósseas já durante a vida intra-uterina ou nos primeiros meses; e se a lues não é a única causa, é, entretanto, a mais frequente. O autor mostra a seguir a dificuldade do diagnóstico, particularmente em filhos de mulheres insuficientemente tratadas, o que torna a lues congênita oligossintomática. Esta dificuldade é maior nos dois primeiros meses de vida extra-uterina, período este denominado por Ingraham "período de dúvida". O autor tece, em seguida, algumas considerações sobre os sinais radiológicos de lues congênita, ilustrando com vários elementos para o diagnóstico da lues congênita, os quais podem ser divididos em dois grupos: de certeza (pesquisa do treponema) e relativos (anamnese, exame objetivo, exame sorológico, exame radiológico do esqueleto e mesmo o exame histológico se nas alterações tissulares não for encontrado o treponema). Finalmente, mostra a necessidade da reunião destes elementos e sua apreciação com senso clínico para a feitura do diagnóstico de lues congênita precoce, que não pode, "às mais das

vêzes, basear-se em determinado exame" (César Pernet). Em se tratando de lues congênita, o senso clínico é tão importante que Feer, diz Vicente Lara, afirma que o diagnóstico da sífilis congênita erige-se em verdadeira pedra de toque onde se pode julgar dos largos conhecimentos e do espírito de maior valor que a radiologia.

Comentários: — Dr. Fernando Mesquita Sampaio: Acho que a sorologia tem valor maior, principalmente a sorologia quantitativa. Acho ainda que a sorologia tem maior valor que a radiologia.

Dr. Azarias de Andrade Carvalho: Felicito o autor, devido ao caráter prático da exposição, e também por ter tratado de um assunto que o pediatra tem interesse em conhecer. Acho que o diagnóstico hoje é muito difícil, e crítico o uso exagerado da radiografia, que nem sempre, quando isolada, auxilia o diagnóstico. Ultimamente o emprêgo exclusivo da radiografia para o diagnóstico de lues, ficou um pouco abalado, pois nem sempre, nos casos de lues, a radiografia é positiva. Cito o trabalho de um autor chileno, que relata casos de lues congênita sem sinais radiológicos. A radiografia é um elemento valioso principalmente no primeiro trimestre, quando se encontra mais dificuldade para fazer o diagnóstico, só com o quadro clínico. Pergunto ao Dr. Miguel Mario Centola se o sinal de Winberg é obrigatório na tibia, ou nos outros ossos.

Dr. Miguel Mario Centola: Para o diagnóstico. Todos os autores têm descrito o sinal de Winberg na tibia; nunca observei sinal de Winberg, nem a descrição deste em outras localizações.

Hérnia e ectopia inguinal do ovário na primeira infância — Dr. Auro Amorim. O autor inicia seu trabalho dizendo que de há muito sua atenção foi despertada por

*.... em cada
refeição 2 drageas
de Pancrepar.*

EXTRATO PANCREÁTICO
EXTRATO HEPÁTICO
BILE DE BOI-BOLDINA

TODOS OS FERMENTOS DIGESTIVOS

DIGESTÕES INCOMPLETAS
DISPEPSIAS HEPATO-PANCREÁTICAS
INSUFICIÊNCIA DOS FERMENTOS DIGESTIVOS

É UM PRODUTO DISTRIBUÍDO POR



LABORATÓRIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484
Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

uma variedade especial de hérnia inguinal na menina, caracterizada por ser o conteúdo do saco herniário constituído, na maioria das vezes, pelo ovário e trompa. Apresenta uma estatística de 30 casos de sua clínica particular e do seu Serviço da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" e observa que esse tipo de hérnia faz sua aparição nos primeiros meses de vida, sendo menos freqüente na segunda infância. Para boa compreensão da gênese dessa afecção, o autor faz ligeiro estudo embriológico da formação do canal peritônio-vaginal no homem e na mulher, focalizando o comportamento do ovário durante a vida intra-uterina. Razões embriológicas induzem à conclusão de que tais afecções constituem verdadeira ectopia do ovário. Baseado nos 30 casos de sua estatística, o autor estuda detalhadamente o quadro clínico, a sintomatologia e o achado cirúrgico, tecendo comentários e estabelecendo conclusões. A tumoração inguinal geralmente é constituída por: a) somente o ovário; b) ovário e trompa; c) ovário, trompa e intestino. Esta última é menos freqüente. O autor cita uma de suas observações, em que foram encontrados como conteúdo do saco herniário os dois ovários, as duas trompas e o útero, encarcerados e de redução cirúrgica difícil. O único tratamento é o cirúrgico, que deve ser realizado logo que o diag-

nóstico seja firmado, para evitar possível complicação que poderá acarretar o sacrifício de órgãos tão importantes. O uso da funda deve ser proscrito porque pode comprimir o ovário, causando perturbações graves. Complicação única dessa afecção é a torção do meso-ovário, dando como consequência a necrose do ovário e trompa, sendo necessária a sua extirpação. O autor estuda com detalhes o quadro clínico e o diagnóstico diferencial da torção do meso-ovário e indica a intervenção cirúrgica de urgência como único recurso em tais ocasiões.

Comentários: — Dr. Azarias de Andrade Carvalho: Lembro que os tratados mais modernos, como o livro de Mitchell Nelson, ainda preconizam a não intervenção, achando esses autores que se pode esperar até 2 anos. O interesse, portanto, de trabalhos como o apresentado é chamar a atenção dos pediatras, a fim de que, em presença de casos semelhantes, enviem os mesmos ao cirurgião o mais rapidamente possível.

Dr. Auro Amorim: Sugiro: a) abolição do uso de fundas nas crianças portadoras de hérnia; b) operar as crianças em qualquer idade. Lembro que, no Hospital da Casa Maternal em que trabalho, apesar das crianças serem na sua maioria distróficas, suportam muito bem a operação.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 10 de maio de 1951

Presidente: Dr. Américo Nasser

Symposium sobre megacólon —

a) "Etiopatogenia. Dr. Daher Cuitait (resumo) — A etiopatogenia permanece obscura; os estudos da Escola paulista têm sido incessantes em relação à etiologia, mas não se conseguiu ainda saber-se com certeza qual o fator desencadeante da moléstia. A teoria da "avitaminose B, crônica e incompleta" de Etzel, embora baseada num raciocínio inteligente e bem conduzido, apresenta uma série de argumentos

contrários, que foram passados em revista pelo autor. A possibilidade de uma infecção pelo "Trypanosoma cruzi" têm sido aventada ultimamente, mas não há prova concludente definitiva em relação a este fator etiológico. Em todos os casos da série do autor, a reação de Machado-Guerreiro foi positiva, exceto numa criança de 4 anos, que nasceu e sempre viveu no Rio de Janeiro. O autor expôs as várias teorias patogênicas, pro-

curando mostrar que nenhuma satisfaz integralmente. A de Hirschsprung caiu em descrédito, principalmente após os trabalhos de Ehrempreis, publicados em 1946. As neurogênicas, da distonia simpático-parassimpática e da acalasia, merecem sérios reparos. Em relação a esta última, que têm grande número de defensores, a crítica maior que se pode fazer é a verificação neuropatológica de Whitehans e Kernshan, da Clínica Mayo, que mostraram, em trabalho exaustivo, ausência de lesões dos plexos mioentéricos, verificadas por outros autores, inclusive nacionais. Refere-se em seguida à teoria de Bodian, que atribui o megacólon à ausência das células ganglionares parassimpáticas motoras nos últimos 5 a 18 cm do intestino grosso, o que determinaria alteração de motilidade desse segmento e, conseqüentemente, um obstáculo funcional; além disso, notou estenose retal nesse segmento. O autor não concorda com esta teoria, porquanto verificou radiológica, endoscópica e cirurgicamente, motilidade e calibre normais na quase totalidade dos pacientes por ele tratados. Em conclusão, é de opinião que a etiopatogenia ainda permanece obscura.

b) "Tratamento". Dr. Edison de Oliveira. O autor apresenta 21 casos, sendo 6 da clínica particular e 15 operados na Escola Paulista de Medicina:

1) Clínica particular — Tipo de operação: a) Ressecção, 3 casos (resultado imediato bom: nos três; tardio, bom em dois, sem notícias em um); b) Simpatectomia + secção do esfíncter interno, 2 casos (resultado imediato bom em dois; tardio, bom com mais de 2 anos em um e mais de 7 anos no outro); c) Secção do esfíncter interno, 1 caso (resultado imediato, nulo; sem notícias ulteriormente).

2) Escola Paulista de Medicina — Tipo de operação: 1. a) Exteriorização, 1 caso; b) Ressecção do sigmóide, 7 casos; c) Ressecção do sigmóide e cólon descendente, 1 caso. Resultados imediatos: 1 fa-

leceu; 8 bons. Resultados tardios: 2 bons; 6 sem notícias. 2. Simpatectomia + secção do esfíncter interno, 3 casos. Resultados imediatos: com retirada do esplâncnico, uma melhora; dois resultados nulos. Resultados tardios: 1 sem notícias; uma melhora; um óbito quatro anos depois. 3. Simpatectomia, 2 casos. Resultado imediato: 1 bom; 1 nulo. Resultado tardio: 1 sem notícia; em outro, 3 anos depois, fecaloma. 4. Em um caso foi indicada a simpatectomia, tendo o doente falecido por síncope anestésica.

c) "Experiência pessoal". Dr. Daher Cutait — Após mostrar os fracassos freqüentes das simpatectomias, esfinterectomias e sigmoidectomias, o autor propõe a retosigmoidectomia abdominal para os casos de megassigma, que constituem a grande maioria das ectasias cólicas. A operação consiste na exérese do sigmóide dilatado e grande extensão do reto, com o restabelecimento do trânsito intestinal à custa de anastomose do sigmóide proximal normal com o reto normal. A normalidade do reto é verificada radiológica, endoscópica e cirurgicamente. O autor praticou esta operação em 57 pacientes, quase todos internados na 3.^a Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas (Serviço do Prof. Benedito Montenegro). Houve 4 óbitos; nos restantes os resultados têm sido uniformemente satisfatórios, sem recidiva, tendo alguns pacientes sido acompanhados há já 4 anos.

Dr. José Lima Pedreira de Freitas — A paternidade da teoria de uma possível relação etiológica entre a moléstia de Chagas e o megasôfago-megacólon, deve ser atribuída ao próprio Chagas. Outros autores nacionais também, após este, entreviram e suspeitaram uma relação entre ambas as moléstias. A reação de Machado-Guerreiro, quando fortemente positiva, ou só positiva como se designa atualmente, é seguramente indicativa de uma infestação pelo "Trypanosoma cruzi"; no material de "megas" encaminhado a mim, proveniente do Hospital das

Clinicas, a grande maioria tinha aquela reação positiva (ao todo cerca de 25 casos). Todavia, em cerca de 20% dos casos de "mega", a reação é negativa; contudo, a incidência de infestação pelo "T. cruzi" é muito alta, em determinadas zonas do país; assim, examinando uma população de 1.000 indivíduos, foram encontrados 555 indivíduos infestados, incidência essa que subiu a mais de 75% no grupo etário de 21 a 40 anos, idade essa em que também é mais frequente o "mega"; nessa mesma população se encontraram 22 casos de "megas", todos eles com reação de Machado-Guerreiro positiva. Seria uma simples coincidência a alta percentagem de infestação pelo "T. cruzi" e o o megasôfago-megacôlon? Ainda não há dados para qualquer afirmativa; como acentuou o Dr. Daher, não há ainda, sobre este assunto, uma colaboração integral e perfeita com os patologistas; enquanto não se conseguir provocar com regularidade e constância o "mega" nos animais, nenhuma conclusão se poderá tirar. As alterações cardíacas, notadas já antigamente e atribuídas então à mesma causa determinante do "mega" (a avitaminose B), sabe-se, hoje, que são devidas realmente à infestação pelo "T. cruzi". Outro fato que ainda não têm explicação é que o megacôlon e o megasôfago são moléstias cosmopolitas, tendo sido descritas também na Europa e norte dos Estados Unidos, mas até hoje a moléstia de Chagas é uma doença exclusivamente sul-americana; é um fato discordante e que ainda requer estudos.

Comentários: — Dr. Emilio Athié: Observei grande incidência de vôlvo nos casos de megacôlon, tendo tido 9 casos em 42. Em 7 destes casos ressequei o sigmóide dilatado; em um, que já operei duas vezes por vôlvo, e no qual fizera apenas a distorção, pratiquei uma retossigmoidectomia, em um tempo; não tive mortalidade por operação de vôlvo; em um caso houve deiscência de sutura intestinal e morte por peritonite.

Pergunto ao Dr. Daher se aqui em São Paulo a incidência de vôlvo também é tão grande.

Dr. Daher Cutait: Os casos de que tratei são todos internados na Enfermaria pelo Ambulatório, isto é, crônicos. Os acidentes agudos (o vôlvo, por exemplo) são tratados no Pronto Socorro, onde já foram operados mais de 40 casos; neste acidente se pratica a distorção simples quando a alça é visível e a ressecção, quando não visível; não se pratica a retossigmoidectomia.

Dr. José Moretzsohn de Castro: Deve-se insistir, quanto à parte radiológica, na técnica de radiografia em incidência oblíqua, pois esta diz com exatidão se há ou não megarreto. Este é raríssimo, como pude comprovar em abundante material na Santa Casa de São José do Rio Preto. Radiologicamente nunca pude demonstrar a existência de um esfíncter pelvi-retal. Quanto às provas radiológicas para se verificar o efeito do bloqueio simpático e daí concluir pela utilidade ou não da simpatectomia, tive ocasião de verificar um caso em que o teste foi possível com a raquianestesia; o resultado desta foi tão bom que o cirurgião não se atreveu a operar, visto como depois dela a paciente (uma criança) passou a ter evacuações normais. Quanto ao teste de Capuno, com o qual tenho boa experiência, acho que têm pouco valor; pois a ação da pitressina não se tem mostrado constante; a sua ação é variável com os indivíduos, por isso não se pode julgar se um cólon é ou não discinético.

Dr. Aluzio Camará Silveira: As técnicas, ainda que tenham variado, se baseiam sempre no mesmo princípio, isto é, da acalasia. Quando o Prof. Alípio Corrêa Neto propunha a esfínterectomia pelvi-retal apoiava-se neste princípio; depois de 1944, com o aparecimento dos antibióticos, o que possibilitou a realização de outro tipo de operação, é ainda naquele princípio de acalasia que se baseia o tratamento. Pergunto ao Dr. Da-

NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS

her se baseia sua intervenção apoiando-se na teoria da acalasia ou outra.

Dr. Doria: Pergunto ao Dr. Daher qual a explicação que dá para o fato de o megacólon se iniciar abruptamente.

Dr. Daher Cutait: A mesma pergunta já me fiz. Confesso que não encontrei ainda uma explicação satisfatória; existiria uma lesão do sistema nervoso intra ou extraparietal.

Dr. Benedito Montenegro: Lembro um trabalho meu sobre este assunto, publicado em 1935 e apresentado ao II Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, realizado no Rio. Verifica-se que a situação é quase a mesma em relação à etiopatologia; houve realmente algum progresso na parte cirúrgica. Nesse Congresso, Gutierrez defendia a sigmoidectomia, enquanto eu propunha apenas a ressecção dos esfínteres. Naquela ocasião, como agora, tanto a etio-

patogenia como o tratamento não estavam em pontos completamente satisfatórios. O tratamento evoluiu para a ressecção retossigmóide, anastomosando sigmóide normal a reto normal, retirando-se a parte doente; parece que esta operação é, por enquanto, a melhor. Lereiche e Adson foram os grandes apologistas da simpatectomia, a princípio simples e depois cada vez mais complicada, visto como os processos anteriores não eram satisfatórios. Acho que o início brusco do megacólon se deve à contração peristáltica que, de certo ponto para baixo, deixa de se fazer normalmente. As conclusões do trabalho referido são, em síntese: quanto à etiopatologia, a avitaminose B parece ser a causa mais provável do megacólon, determinando a acalasia; o tratamento visa combater a causa e desimpedir o trânsito intestinal; defendo a ressecção do esfíncter, mas ela deve ser acompanhada de medidas que impeçam as complicações.

SESSÃO EM 10 DE AGOSTO DE 1951

Presidente: Dr. Edwin Montenegro

Aspectos radiológicos do abdome agudo na criança — Dr. José Moritzsonhn de Castro. O autor chama a atenção para a importância da colaboração do pediatra e do cirurgião no diagnóstico radiológico do abdome agudo, sendo preferível a presença desses especialistas no momento do exame. As técnicas radiológicas variam de caso para caso e portanto a colaboração desses especialistas é de grande utilidade ao radiologista. Caso não seja possível a presença de um radiologista competente por ocasião de serem tomadas as radiografias, devem estas ser feitas sistematicamente nas seguintes posições e incidências: 1) em posição ortostática, uma radiografia de tamanho suficiente para abranger o tórax e o abdome; 2) uma do mesmo tamanho em decúbito dorsal e, se possível, outra em decúbito ventral (caso o estado do pa-

ciente permita); 3) uma em perfil, estando o paciente em decúbito ventral e outra em decúbito dorsal. A introdução ou não de líquidos opacos, tanto por enema, como por ingestão, somente deve ser permitida depois de estudadas as radiografias simples. A escolha do método ficará a cargo do radiologista. Nos casos de imperfuração anal é suficiente a obtenção de radiografias nas incidências frontal e lateral com a técnica de Wangenstein-Rice. Caso não haja ainda quantidade de gases suficiente para a distensão da ampola retal, pode-se administrar aos pacientes mameadeiras contendo "sifão", o que facilita a formação de gases enterocólicos. Outra prática que conosco têm dado bons resultados é colocar o paciente de cabeça para baixo e fazer movimentos de lateralidade com o corpo da criança, bem como de cima para baixo e de

*Reumatismo
Artrite Deformante
Ciática*



LEUKOSALYL

SILBE

FABRICANTES: SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA
DISTRIBUIDORES: PAULINO AMBROGI & CIA. LTDA.
TELEFONE 32-8004 - CAIXA POSTAL, 3127 - SÃO PAULO

LEUKOSALYL

Leukosalyl é uma associação de Fenilcinconinato de hexametenotetramina (Leukotropin), Salicilato de sódio (ortoóxibenzoato de sódio) e Cafeína.

No Leukotropin já conhecemos seus dois principais componentes o ácido fenilcinconínico e a hexametenotetramina, formando um novo sal, o fenilcinconinato de hexametenotetramina. Devemos salientar a ação sinérgica dessa substância em tôdas as formas de enfermidades reumáticas e seus aspectos dissimulados. A associação com salicilato de sódio (ortoóxibenzoato de sódio) tornou mais vasto seu campo de indicações, além de possibilitar uma terapêutica mais eficiente.

COMPOSIÇÃO

Cada empôla contém:

Fenilcinconinato de hexametenotetramina	0,90 g
Ortoóxibenzoato de sódio	0,70 g
Cafeína	0,10 g

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS e MODO DE AÇÃO

Fenilcinconinato de hexametenotetramina (Leukotropin), é de valor já comprovado nos estados inflamatórios, principalmente no reumatismo poliarticular agudo, devido suas propriedades analgésica, antiflogística, antipirética e antissética.

Salicilato de sódio (ortoóxibenzoato de sódio). As propriedades antipiréticas de uma planta, o salgueiro *Salix alba*, já eram conhecidas há muitos séculos. Em meados do século XIX verificou-se que essas propriedades corriam por conta de um glicosídeo, a salicina, que deu origem ao ácido salicílico (ácido ortoóxibenzoico). Como êste é muito irritante e tóxico, procurou-se eliminar essas propriedades indesejáveis modificando sua estrutura química. Dessa maneira, um de seus derivados, o salicilato de sódio — resultante da substituição do hidrogênio da carboxila — mostrou ser muito menos irritante e bastante menos tóxico.

Stricker (1876) descobriu seu valor no reumatismo poliarticular. Desta data em diante, o salicilato de sódio é empregado em larga escala em tôdas as formas reumáticas e artríticas.

O salicilato de sódio atua sobre o ácido úrico fazendo baixar seu teor no sangue e o aumentando na urina, apresentando no LEUKOSALYL uma ação sinérgica com o fenilcinconinato de hexametenotetramina.

~~Absorção~~ Os salicilatos são absorvidos pelas vias oral ou endovenosa, sendo que até há bem pouco tempo esta última era considerada como perigosa e desaconselhável. Em livros de há dez anos atrás os autores referiam a via endovenosa como sendo perigosa.

Coburn (1943) verificou, graças aos seus estudos, que no tratamento do reumatismo os salicilatos dão melhores resultados quando administrados por via endovenosa e em altas doses.

O mecanismo de ação antireumática dos salicilatos contribue para as seguintes ações: analgésica, antipirética, eliminação aumentada de ácido úrico, admitindo-se, também, ação anti-hialuronidase.

Segundo Coburn e outros, a dose de salicilato deve ser alta, de modo a assegurar no sangue a concentração de 36 mg%. Doses inferiores a essa podem melhorar os sintomas atuais, porém, não previnem as futuras ações e sequelas do processo. Como esta dose pode produzir efeitos secundários, a adição do Fenilcinconinato de Hexametilenoetetramina permite a redução da dose do salicilato sem comprometer a eficácia do preparado, mas, pelo contrário, aumentando seu valor terapêutico.

Cafeína é um bom estimulante do sistema nervoso central. Aumenta a atividade motora contribuindo para o levantamento geral do estado de abatimento frequentemente encontrado no paciente.

INDICAÇÕES

As indicações compreendem um campo bastante grande, abrangendo formas inflamatórias agudas, sub-agudas e crônicas:

Febre reumática, artrite reumatoide, artrite deformante, ciática, osteoartrite, lumbago, colecistites agudas e crônicas, angiocolites, cólicas renais, orqui-epididimites, irites, irido-ciclites, linfangites, linfadenites, neurites, etc..

ADMINISTRAÇÃO

As aplicações são endovenosas, e devem ser feitas lentamente em dias alternados. Doses maiores podem ser dadas a critério médico.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 5 ampólas de 10 cm³.

Preparado pelo **Laboratório SILBE H. O. - AMSTERDAM - HOLANDA**

Distribuidores: **Paulino Ambrogi & Cia. Ltda. - Cx. 3127 - Fone 32-8004 - S. PAULO**



baixo para cima, ao mesmo tempo que um auxiliar, fazendo massagem no abdome, provoca a progressão dos gases intestinais. Uma rápida radioscopia informará se as manobras deram resultado e se a ampôla retal já é visível. Na incidência de Wangenstein-Rice é sempre indispensável a colocação de ponto de reparo radiopaco na fossa falciforme, para possibilitar mediação da distância da ampôla, necessária à indicação da técnica cirúrgica se deve administrar o bário sem antes radiografar sem contraste. Nunca vimos perfuração intestinal em lactentes. Temos visto úlceras duodenais a partir de 5 anos de idade. Há a possibilidade evidente de perfuração e, se aparecer um desses casos, com sinais radiológicos de perfuração, alguns autores aconselham o emprêgo de meio de contraste. Confessamos que não nos animaremos a empregar essa técnica, pois a história pregressa, a presença da sintomatologia clínica de perfuração e a presença de pneumoperitônio são mais do que suficientes para indicar a intervenção. Geralmente uma interpretação cuidadosa da radioscopia, das radiografias simples, a par da sintomatologia clínica, fornecem dados suficientes para a conclusão: "ileo paralítico, ileo dinâmico, perfuração, bem como localização (alta e baixa): torácica (esôfago, mediastino, pulmões, pleuras) e abdominal (gástrica, entérica ou cólica). Sempre que as condições técnicas de aparelhagem permitirem, bem como o estado do paciente, o exame deve ser iniciado pela "radioscopia", de preferência em posição ortostática; caso não seja possível, então colocar o paciente sentado. Inicia-se a radioscopia com exame minucioso do tórax; assim se afasta a possibilidade da existência de um processo pleuropulmonar agudo (atelectasia, pneumonia, pleuritis, etc.) causa de um ileo reflexo, cuja sintomatologia alarmante chamou em primeiro lugar a atenção do clínico. Outras vezes, o exame do tórax permite revelar, além de um quadro radiológico de ileo, uma pneu-

mopatia aguda, concomitante, o que vai contra-indicar determinado tipo de anestesia. Por outro lado, o exame das cúpulas diafragmáticas permitirá o diagnóstico de lesões abdominais com ileo. Assim se dá nos abscessos subfrenicos e nas coleções purulentas parietocólicas que fixam o hemidiafragma do lado afetado ou então diminuem consideravelmente as incursões respiratórias do mesmo. A peritonite aguda ocasiona uma paralisia diafragmática de grande valor diagnóstico. Em alguns casos de ileo, a distensão acentuada das alças eleva ambas ou apenas uma das cúpulas, permitindo, já à simples radioscopia, um diagnóstico de presunção. A seguir, deve-se examinar as regiões subdiafragmáticas com minucioso cuidado, pois é aí que se vai procurar o pneumoperitônio, colecionando-se o ar nos espaços subfrenicos. Finalmente, estudaremos na radioscopia o abdome: verificar a distensão das alças e o acúmulo de líquido nas mesmas. Uma contração enérgica de uma alça, durante a exploração radioscópica, só por si já justifica o diagnóstico de ileo dinâmico, obstrutivo. O absoluto estatismo das alças e dos níveis líquidos só por si já fala a favor de um ileo adinâmico, paralítico. Quando o exame fôr feito em hospital que não disponha de aparelhagem moderna, capaz de proporcionar o exame com rapidez, é preferível então abandonar a radioscopia e imediatamente fazer as radiografias indicadas. A radioscopia, em mãos de um especialista competente, muitas vezes resolve em definitivo um caso inicialmente e aparentemente complicado. Tivemos oportunamente de verificar torção de alça delgada intratorácica, com enorme distensão gasosa, em um caso de hérnia congênita do hiato, em que se associou uma ausência de rotação e de coalescência, estando o abdome quase totalmente vazio, flácido, sendo todos os sinais clínicos de uma pneumopatia aguda. A radioscopia já suspeitamos de uma hérnia. O exame complementar (enteroclisma com substância

opaca) veio confirmar a nossa primeira hipótese. Esse caso bastante raro terminou pela intervenção cirúrgica e foi confirmado o diagnóstico radiológico. Isso demonstra a importância da radioscopia torácica.

O quadro radiológico do abdome agudo na criança, varia de intensidade conforme se trate de recém-nascido, lactante ou na idade escolar; também as afecções responsáveis pelo quadro de abdome agudo variam. Tentamos uma classificação etiológica aproximada da realidade e que está de acordo com os conhecimentos atuais, podendo, evidentemente, ser modificada posteriormente:

1.º grupo — “Recém-nascidos”:

a) “Atresias e outras malformações congênitas” de qualquer segmento do tracto digestivo podem desencadear um quadro de abdome agudo. As mais comuns são a atresia ano-retal, atresias retais com fistulas nos órgãos urogenitais e simples estenoses parciais do reto. Mais raras são as atresias do esôfago, com ou sem fistula traqueal; atresias do delgado e do grosso intestino, das vias biliares e do pâncreas. Esta última é responsável pelo ileo meconial (moléstia fibrocística do pâncreas). b) “Estenoses por hipertrofia esfinteriana” — Estenose hipertrófica do piloro (relativamente freqüente); hipertrofia do esfíncter interno do ânus, com megarreto e megassigma (moléstia de Hirschsprung). É possível que haja hipertrofia de outros esfíncteres, como o ileo-cecal e do cárdia, congênitos; nunca vimos referência a esse fato. “Estenoses por bridas” — Em nossa experiência a mais freqüente é a da porção horizontal do duodeno (terceira porção) com ou sem mesentério ilio-cólico comum. Bidas do delgado também não constituem raridade. O ileo meconial constitui entidade à parte, pois a causa é a fibrocística do pâncreas e a consequência é o ileo devido ao mecônio, em tudo comparável, do ponto de vista radiológico, a uma obstrução (ileo dinâmico). “Duplicidade do tracto ali-

mentar — Embora rara, tivemos oportunidade de observar um caso de duplicidade de reto com síndrome clínica e radiológica de ileo dinâmico.

2.º grupo — “Lactentes”: Invaginações, apendicites, hérnias estranguladas, bridas, oclusão por vermes (*Ascaris*), são as causas mais freqüentes, não devendo ser excluídos os tumores (principalmente os sarcomas).

3.º grupo — “Idade escolar”: Nessa idade o diagnóstico não difere, de um modo geral, do abdome agudo no adulto.

Comentários: — Dr. Doria: O Dr. Moretzsohn de Castro procurou fazer uma classificação de casos de abdome agudo na qual encontrou falhas; provavelmente em estudo mais acurado poderia chegar a dar detalhes mais completos, o que se deve naturalmente à exigüidade de tempo com que o autor contou para sua exposição. Um pequeno detalhe é como fazer a radiografia em lateral. Outro detalhe é sobre o enema baritado na criança; a criança de poucos meses não têm capacidade de retenção e, muitas vezes, após a injeção, sai o bário pelos lados da sonda; não vi na radiografia se existe algum artifício para melhorar essa capacidade; sei que existe uma sonda com balão que é insuflado, impedindo o refluxo; há, todavia, o perigo de se aumentar exageradamente a pressão, ao se reduzir uma invaginação, o que pode trazer sérios inconvenientes.

Dr. Espírito Santo Cardoso: Tenho tido vários casos, recentes, em que a estreita colaboração com os radiologistas e cirurgiões pôde esclarecer devidamente casos de abdome agudo na criança, relegando este a um plano secundário, em alguns casos, visto como a manifestação abdominal ruidosa, evidente, era de causa reflexa por doença primária à distância.

Dr. Moretzsohn de Castro: A exigüidade do tempo não permitiu abordar aspectos radiológicos realmente interessantes. Quis trazer aqui apenas a minha experiência

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.
LABORATÓRIO XAVIER

têm o grato prazer de comunicar às
ilustres classes

Médica,
Farmacêutica e
Odontológica

a mudança de seus escritórios e administração até agora instalados a rua Conde do Pinhal n.º 52, para prédio de sua propriedade especialmente construído à

RUA TAMANDARÉ N.º 984
SAO PAULO (Aclimação) BRASIL

onde estarão trabalhando, como sempre e cada vez mais, para o enobrecimento e maior grandeza da Indústria Farmacêutica Brasileira.

*Aguardamos sua visita,
uma visita de Amigo!*

pessoal; creio que nenhuma classificação atual realmente satisfaça; é possível que, reunindo vários especialistas (pediatras, cirurgiões e radiologistas) se consiga uma classificação mais prática. Existe uma sonda, que usamos para adultos, com um balão que, insuflado, distende o reto; mas é sonda

grosseira; não sei se existe para crianças; o que se tem feito é introduzir a sonda no reto e colocar um tampão, que é comprimido e mantido por um assistente; com isto se pode controlar a injeção do bário. Acho também que a invaginação é problema 100% cirúrgico.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA,
em 13 de agosto de 1951

Presidente: Dr. Luiz Batista

Disqueratose de Bowen. A propósito de uma forma vegetante, peri-anal, simulando um granuloma venéreo, evoluindo num indivíduo com leishmaniose cutânea ativa. Estudo clínico e histológico — Dr. Benjamin Zilberberg. O caso que o autor apresentou caracterizava-se pelo seguinte: 1) localização peri-anal, fato raríssimo na literatura médica; 2) evolução crônica, longa de mais de vinte anos; 3) lesão vegetante, bem saliente, pouco verrucosa, ao contrário das formas pápulo-crostosas banais; 4) a coexistência com outras lesões cutâneas como o vitiligo e a leishmaniose; 5) reações sorológicas positivas.

Sobre um caso de sarna crostosa enxertada sobre placas múltiplas e confluentes de dermatite verrucosa cromomictótica tuberculóide, por "Hormodendrum pedrozoi", datada de mais de 30 anos. Discussão patogênica — Dr. Benjamin Zilberberg. O interesse do caso reside na presença de uma vasta extensão do tegumento recoberta por crostas, perfazendo o quadro clássico da sarna crostosa, com os exames positivos para grande nú-

mero de ácaros e ovos, na presença de lesões outras, debaixo das crostas, de caráter verrucoso, de configuração serpiginosa, e de cicatrizes cujas bordas mostram ainda lesões ativas. Exames positivos para o "Hormodendrum pedrozoi", tanto no histológico, como ao direto e cultural.

A contribuição do Serviço de Sifilis do SESI na profilaxia da sifilis em São Paulo — Dr. José Martins de Barros. O autor referiu que nesse Serviço, criado em fevereiro de 1950, por sugestão do Prof. Geraldo de Paula Souza, foram examinados até a presente data cerca de 30.000 operários da Capital. A tabulação dos dados referentes a 20.832 reações de Wassermann desses operários revelou que 3,8% eram positivas. Os brancos apresentavam 3,25% de resultados positivos, e os pretos, 9,4%. Nos homens, a positividade foi de 4,3%, e nas mulheres, de 2,78%. O autor teceu várias considerações sobre esses dados, concluindo pela afirmação de que a taxa de prevalência da sifilis na população de nossa Capital deve ser muito mais baixa do que se supõe geralmente.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
em 17 de agosto de 1951

Presidente: Dr. Luiz Pizá Neto

Polipos da amígdala. A propósito de 7 casos — Drs. Fábio Barreto Mateus e Nelson Álvares Cruz. Os autores apresentam 7

observações de polipos unilaterais das amígdalas, sendo 4 em pacientes do sexo feminino e 3 em pacientes do sexo masculino. Todos

os pacientes eram brancos. Cinco dos polipos eram sésseis e dois, pediculados. Foram feitos exames anátomo-patológicos. Fazem uma revisão dos casos publicados, concluindo pela relativa raridade do processo. Tecem comentários em torno da etiopatogenia e sintomatologia. O tratamento de todos os casos apresentados foi cirúrgico, isto é, amigdalectomia, e todos evoluíram normalmente.

Mucocele etmoidal — Dr. Antonio Corrêa. O autor apresenta um caso de mucocele etmoidal gigante, em um jovem de 17 anos. Pelos exames clínico e radiológico havia a impressão de se tratar de um caso de tumor maligno do maciço maxilo-etmoidal. A biópsia e novos exames radiológicos esclareceram o caráter benigno e cístico do tumor. O tratamento consistiu nu-

ma sinusotomia maxilo-etmoidal, após a qual as vias lacriminais e aéreas superiores tornaram-se permeáveis. O caso é documentado com fotografias e radiografias do paciente.

Mioclonia do véu do paladar — Dr. Moysés Cutin. É relatado o caso de uma paciente de 33 anos de idade, solteira, que há 8 anos sofria de contrações do véu do paladar. Estas contrações com frequência produziam um ruído metálico, como de válvula, audível a um metro de distância. As contrações eram rítmicas e continuas. Fêz os mais variados tratamentos médicos sem resultado. Conseguiu-se uma cura clínica do caso com psicoterapia. O autor faz uma revisão do problema das mioclonias do véu do paladar.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA em 22 de agosto de 1951

Presidente: Dr. Renato de Araujo Cintra

Aspecto clínico do timo — Dr. Vicente Ferrão. O autor ressaltou que o assunto é controverso. Importante é a hipertrofia do timo na criança, que leva a um rico quadro sintomático por compressão do mediastino superior e anterior. Encarou a anatomia, fisiologia e patologia do timo. Fêz considerações sobre a hipertrofia do timo e a estenose pilórica e sobre a chamada idiotia tímica. Estudou em seguida a sintomatologia clínica da compressão tímica. Chamou particularmente a atenção para o arco aórtico duplo e sua confusão como a hipertrofia tímica. Mostrou numerosas radiografias elucidativas, no decorrer de sua exposição:

Endocrinologia do timo — Dr. Atilio Zelante Flosi. O autor estudou o histórico da função endócrina do timo, citando os trabalhos iniciais de Asher, que mostraram ter certa influência sobre o crescimento e a diferenciação, supondo mesmo a existência de um homô-

nio desta glândula, que foi denominado timocrescina. Todavia, trabalhos posteriores, com métodos de investigação mais precisos, demonstraram não existir função endócrina no timo. A possível influência do timo sobre a glicemia também não foi comprovada. Em seguida, o autor estudou as relações entre o timo, órgãos linfáticos e as glândulas suprarrenais, mostrando a involução do timo no decorrer da reação de alarme, quando os hormônios glicocorticóides provocam a involução deste órgão. Mostra ainda a relação entre timo e miastenia grave, concluindo por não haver relação patogênica entre ambos.

Aspecto radiológico do timo — Dr. Rafael de Lima Filho. O autor estudou o timo sob o ponto de vista da clínica e da técnica radiológica, inclusive o pneumomediastino, sua técnica e cuidados. Exibiu abundante material elucidando o seu trabalho.

Radioterapia do timo — Dr. Matias Roxo Nobre. O autor discorreu sobre o diagnóstico, terapêutica e os elementos que devem ser

levados em consideração na hipertrofia do timo. Mostrou os resultados numa estatística pessoal de 35 casos.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, em 20 de agosto de 1951

Presidente: Dr. Emilio Mattar

Importância da determinação do ar residual em clínica — Dr. Horst Haebisch. O autor descreve um processo de determinação do volume do ar residual e demonstra as suas vantagens, sob o ponto de vista do uso prático em clínica. O método é baseado nos mesmos princípios dos outros, porém, é mais simples e requer apenas 7 minutos para cada determinação. Após 7 minutos de respiração em O_2 , o volume restante no pulmão depois de uma expiração forçada é misturado a uma quantidade conhecida de N_2 . Por meio dos graus de diluição do CO_2 e do O_2 , analisados pelo aparelho de Haldane, calcula-se o volume do ar residual. O grau de exatidão se revelou de $\pm 50\text{ cm}^3$. A fidelidade, as possibilidades de erro e as vantagens desse processo são discutidas através de 81 determinações.

Trombose oclusiva da aurícula esquerda. Apresentação de um caso — Drs. Israel Nussenzeig e J. T. A. Tartari e acadêmico Natanael Silva. Os autores apresentam a observação dum indivíduo de 23 anos de idade, que relatava dispnéia aos esforços há 4 anos, acentuando-se progressivamente, com piora nítida há 50 dias, surgindo dispnéia de repouso e edema dos membros inferiores e do

abdome. Deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas a 5 de agosto de 1950, com dispnéia intensa, edema dos membros inferiores e genitais externos, dedos hipocráticos, cianose das extremidades, estase jugular, hepatomegalia e ascite pouco volumosa. O exame do aparelho circulatório evidenciou fibrilação auricular e sopro sistólico intenso na área mesocardiaca, audível com o paciente deitado e que desaparecia por completo quando ele assumia a posição sentada. Na enfermaria o paciente passou a apresentar crises súbitas de dor precordial intensa, agitação, dispnéia muito acentuada, palidez e sudorese. As crises duravam alguns minutos, cessavam espontaneamente e, a seguir, o doente sentia-se bem disposto. Esses fenômenos se repetiram várias vezes. Óbito no 4.º dia de internação, numa dessas crises, com duração mais longa. O exame necroscópico revelou a presença, na aurícula esquerda, de enorme trombo aderente à parede posterior e com a extremidade inferior pendendo sobre a válvula mitral fortemente estenosada em consequência de valvulite mitral pregressa. Os autores sugerem a inclusão do sintoma "dor precordial" em crises, no quadro clínico da trombose oclusiva da aurícula esquerda.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
em 4 de setembro de 1951

Presidente: Dr. Humberto Pascale

Nota sobre o tratamento da leishmaniose espontânea da cobaia (*Leishmania enrietti* Muniz e Medina, 1948) com antimonial pentavalente "Solustibosan" — Dr. José

de Oliveira Coutinho. O autor experimentou um antimonial pentavalente (estibo-gluconato de antimônio) no tratamento da leishmaniose espontânea da cobaia, verifi-

SULFATO FERROSO ENILA COM VITAMINAS C E B1

ANEMIAS HIPOCROMICAS

DRÁGEAS

Para Adultos:

Sulfato Ferroso	0,20 gr.
Vitamina C	0,05 gr.
Vitamina B1	0,002 gr.

em cada drágea queratinizada.

Para Crianças:

Sulfato Ferroso	0,10 gr.
Vitamina C	0,025 gr.
Vitamina B1	0,001 gr.

por drágea de tamanho pequeno.



BELPAR

GÔTAS

Codeína (fosfato)	0,02 gr.
Papaverina (cloridrato)	0,005 gr.
Atropina (sulfato)	0,0001 gr.

por 1 cm³.

**EFEITO SEDATIVO
ENÉRGICO E RÁPIDO**

DÔRES ESPASMÓDICAS: Espasmos digestivos - Cólicas: hepática, intestinal e renal. Vômitos - Menstruações dolorosas - Dôres e espasmos dos órgãos genito-urinários - Afeções dolorosas ano-retais.

TOSSES ESPASMÓDICAS: Coqueluchoide e asmático, da doenças pulmonares crônicas.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. — RUA RIACHUELO, 242 — RIO
FILIAIS: SÃO PAULO — PORTO ALEGRE — BELO HORIZONTE
AGÊNCIAS OU DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

cando que este composto, que contém 100 mg de antimônio pentavalente por ml, é bastante eficaz na terapêutica dessa parasitose do animal. Comparando os resultados obtidos com outros antimoniais trivalentes (Fuadina e Repodral), verificou que o "Solustibosan" é muito mais ativo que os primeiros, dando resultados de cura sempre constantes, apresentando cura clínica e parasitológica em todos os 5 animais tratados, enquanto os outros dois produtos empregados mostraram-se, nessa protozoose, de efeitos irregulares. Acha que tal antimonial deva ser experimentado na leishmaniose humana.

Investigações sobre a febre Q em São Paulo. Estudo sorológico em operários de um frigorífico — Drs. José Henrique Ferreira Brandão, Dácio de Almeida Cristovão e Luís Augusto Ribeiro do Vale. Reações sorológicas de fixação de complemento para o diagnóstico de febre Q, foram realizadas nos soros de 473 operários manipuladores de carne de um frigorífico desta Capital. A técnica empregada foi a recomendada pela Divisão de Pesquisas sobre vírus e riquetsias do Laboratório Lederle, sendo usado o antígeno obtido a partir de culturas de "Coxiella Burnetii", devidamente purificadas, feitas em vitelinas e embriões de galinha. O antígeno assim preparado é específico, não dando reações de grupo com soros de indivíduos apresentando anticorpos provocados pelas demais riquetsias ou por outros agentes infecciosos. Todos os soros foram estudados na diluição inicial de $\frac{1}{4}$, sendo pesquisados os títulos finais daqueles que se apresentavam positivos nesta diluição. De um total de 473 soros de indivíduos diferentes, 462 apresentaram reações negativas, 3 foram anticomplementares e 8 positivos, sendo 5 no título de $\frac{1}{4}$, 2 no de $\frac{1}{8}$ e um no de $\frac{1}{16}$, ou seja, 97,67% dos soros estudados foram negativos, 0,63% anticomplementares e 1,69% positivos. De todos aqueles operários que apresentavam reação positiva, com ex-

ceção de um, foi conseguida nova amostra de soro, colhida aproximadamente com duas semanas de intervalo. Estes soros, em presença de antígeno controle, preparado a partir de vitelinas normais, foram negativos. Só um dos soros positivos apresentou reação de Wassermann positiva e de Kahn fortemente positiva; os outros foram negativos a estas reações. As informações obtidas destes indivíduos foram inexpressivas, no que diz respeito às infecções que pudessem ser facilmente identificadas à febre Q, não diferindo das de outros operários que apresentavam reações negativas. Como controle, foram feitas, com a mesma técnica, reações de fixação de complemento dos soros de 170 operários de uma vidraria, dos quais 165 foram negativos, 3 anticomplementares e 2 positivos, nos títulos $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{8}$, ou seja, 97,05% dos soros estudados neste grupo foram negativos, 1,76% anticomplementares e 1,17% positivos. Estes dois soros positivos foram negativos em presença de antígeno de vitelina normal e às reações de Wassermann e Kahn. A presença de anticorpos fixadores de complementos para a febre Q em soros de indivíduos residentes em São Paulo faz supor a possibilidade da existência dessa infecção entre nós, se bem que a análise dos resultados obtidos nos dois grupos distintos da população, por nós estudados, não tenha mostrado diferença significativa. Este fato, que encontra explicação na própria epidemiologia desta infecção, como o demonstram os recentes estudos realizados nos Estados Unidos da América do Norte, faz com que, no entanto, estes resultados sejam considerados com a devida reserva, até que estudos mais detalhados, ora em andamento, venham trazer esclarecimentos definitivos a esse respeito.

Moléstia de Chagas no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo). Nota sobre profilaxia e epidemiologia. — Drs. Ovidio Unti e Tito Lopes da Silva. — Os autores encontraram um foco de moléstia de



ASMAPAX

LAB. BIOSINTETICA S/A

ASMAPAX

DRÁGEAS

Lobelia Inflata . . . 0,05 g. - Cloridrato de Efedrina . . . 0,02 g.
Acido Feniletilbarbitúrico . . . 0,05 g. - Acet-Aminofilina . . . 0,15 g.

INDICAÇÕES:

Asma bronquial e em geral todas as formas asmáticas.
Como profilático ou sedativo dos acessos.

A **Acet-aminofilina** exerce intensa ação relaxadora sobre as fibras lisas dos músculos, especialmente dos bronquíolos, e tem ação específica no tratamento da respiração de Cheyne - Stokes.

O **Cloridrato de efedrina** facilita a expectoração e age ativamente contra o acesso asmático.

A **Lobelia e o Acido feniletilbarbitúrico** exercem ação sedativa e antiespasmódica.

POSOLOGIA:

ADULTOS:

1 a 6 drágeas ao dia, tomadas 1 a 2 de cada vez.

PARA PROFILAXIA:

1 a 2 drágeas ao dia.

CRIANÇAS:

De 6 a 12 anos - 1/2 a 1 drágea, 2 vezes ao dia.

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Rua Glicerio, 415	— Fone 52-6910	— S. Paulo
Rua Buenos Ayres, 17 - 1.º	— " 43-9161	— R. de Janeiro
Rua Ermelino de Leão, 343	— " 4637	— Curitiba
Rua Rio de Janeiro, 195 - 1.º	— " 2-5097	— B. Horizonte
Cais de Santa Rita, 96 - 1.º	— " 6202	— Recife
Rua Jerônimo Coelho, 294	— " 6896	— P. Alegre

Chagas nos municípios de Queluz e Areias, situados no Vale do Rio Paraíba (Estado de São Paulo), onde até então desconhecia-se a doença de Chagas e seus vetores. O primeiro foco de triatomídeos foi descoberto em cafuas de pau-a-pique situadas nas zonas urbanas e rural de Areias. Todos os triatomídeos, capturados eram da espécie "Triatoma infestans". Os autores chamam a atenção para a grande disseminação da Moléstia de Chagas no município de Queluz, onde capturaram 1.697 exemplares de "T. infestans" em 25 habitações, sendo que 1.579 exemplares na cidade e 118 na zona rural. O índice de infecção dos triatomídeos pelo "Schyzotripanum cruzi" em todo o município foi de 20,35%, sendo o da casa infestada, de 5,70%. Em 136 amostras de sangue colhido em indivíduos de ambos os sexos e em diferentes idades, a reação de Machado-Guerreiro foi positiva em 8,09%, negativa em 81,62% e duvidosa em 10,29%. Os autores também encontraram o "T. infestans", no mesmo Vale, no município de Rezen-de (Estado do Rio de Janeiro), situado a 3 km de Queluz. Três fotografias e quatro quadros ilustram o trabalho. Verificados os focos da doença, foi iniciada a campanha de extermínio dos triatomídeos, esperando os autores erradicar do Vale do Paraíba a espécie vetora. Utilizaram o inseticida BHC a 10%, sendo o expurgo das casas feito com suspensão de pó, na dosagem de 0,25 de isômero y por m² de parede. Já foram espargidas 383 casas, sendo excelentes os resultados obtidos. Posteriormente, detalhes deste trabalho de profilaxia serão apresentados.

A aureomicina no tratamento da amebíase. — Drs. Antônio Dacio Franco do Amaral e Carlos Dias de Avila Pires. — Os autores descrevem os resultados do tratamento com a aureomicina de 10 pacientes infectados pela "E. histolytica". Os pacientes tratados são detentos da Penitenciária do Estado de São Paulo e foram escolhi-

dos entre 36 cujas fezes foram examinadas. Cada detento foi submetido a exame de fezes por três técnicas: 1) Faust e col.; 2) sedimentação, em fezes formadas; 3) coloração pela hematoxilina férrica em fezes de purgativo. Nesse grupo de 36 indivíduos foram encontrados 16 (44,44%) parasitados pela "E. histolytica". Dos 10 tratados, só 6 apresentavam perturbações que se poderiam filiar ao parasitismo pela "E. histolytica". Os quatro restantes eram portadores assintomáticos. A cada paciente, foram dados 0,5 g de aureomicina de 6 em 6 horas, durante 7 dias. No total, cada um recebeu 14 g de aureomicina. O antibiótico foi, de modo geral, bem tolerado; algumas perturbações, como náuseas e pirose, desapareciam com a ingestão simultânea de leite e do medicamento. Com o tratamento, 9 dos 10 pacientes ficaram livres da "E. histolytica", o que foi verificado pelos exames de fezes repetidos pelas técnicas mencionadas. Os que sentiam sintomas da doença, ou se curaram completamente ou tiveram grande melhora. Os autores não confirmaram os resultados de alguns investigadores, que dizem ser a aureomicina não só eficaz contra a "E. histolytica" como contra outras amebas intestinais não patogênicas. Em 6, todas as amebas não mais reapareceram após o término do uso do antibiótico. Em 3, porém, exceto a "E. histolytica", as demais amebas reapareceram após o tratamento, nos exames sucessivos. Quanto aos flagelados intestinais, a aureomicina não revelou efeito algum. Um portador de "Trichomonas hominis" continuou positivo em todos os exames de controle. O mesmo aconteceu com 4 portadores de "Giardia lamblia".

Tratamento rápido da sífilis adquirida precoce em 5 dias. — Drs. Ruy Soares e José Péricles Freire. — Os autores apresentam o resultado de 2 anos de observação, concernente ao tratamento rápido da sífilis adquirida precoce em 5 dias, com 3 milhões de unidades

de penicilina G procainica na dose única diária de 600.000 unidades. Foram submetidos a este esquema de tratamento 13 casos de sífilis primária, 15 de sífilis secundária e 28 de sífilis latente precoce. As reações no tratamento foram muito benignas. Os diagnósticos clínicos foram todos positivados por campo escuro e reações sorológicas qualitativas e quantitativas. Este grupo era constituído de 31 pessoas de sexo masculino e 25 do sexo feminino, entre as quais 32 pessoas eram de cor branca e 4 de cor preta. O grupo de 21 a 25 anos forneceu 55,4% dos casos. Quanto ao seguimento dos casos, notamos que o número de pacientes observados vai diminuindo progressivamente por motivos de mudança de residência para outras localidades, por desinteresse ou por ignorância da gravidade da doença. O seguimento foi baseado em provas clínicas e sorológicas

quantitativas, que se negativaram em 75% dos casos; 21% apresentaram declínio considerável na quantidade de reaginas e 3,6% mantiveram-se estacionárias, este último grupo com bem menos de 6 meses de seguimento. Os autores concluem que o esquema de tratamento rápido em 5 dias da sífilis primária, sífilis secundária e sífilis latente precoce, na dose total de 3 milhões de unidades de penicilina G procainica, é eficaz, rápido e econômico.

Comentários — Dr. Augusto Ayrosa Galvão: Qual o preço do tratamento completo?

Dr. Renato Robert Corrêa: Houve algum caso de resposta alérgica à procaina?

Dr. Ruy Soares: O preço total do tratamento orça em cerca de Cr\$ 150,00. Houve um caso de urticária, que mesmo assim, foi banal e sem importância.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA, em 6 de setembro de 1951

Presidente: Dr. Edison de Oliveira

Tumorações abdominais com fisulizações no sigmóide. — Dr. Milton César Ribeiro — Tive ocasião de observar, nestes últimos 4 anos, 2 casos semelhantes, um de clínica particular e outro no Serviço da Santa Casa, que pelos característicos achei digno de expor nesta reunião para estudo em conjunto. Caso 1: P. K., 46 anos, polonesa, domiciliada em São Paulo, apresentara há 1 ano surto de dores reumáticas, tratado. Em seguida, dores abdominais em cólicas, com evacuações de fezes ressecadas e endurecidas envoltas em material esbranquiçado. Após ingestão de óleo em jejum, a conselho do médico, passou bem 8 meses. Em dezembro de 1947 referiu 3 a 4 evacuações ao dia, com fezes misturadas a muco, leves dores abdominais. Passou a sentir meteorismo, com "estufamento" e gases de mau cheiro. Continuou com evacuações frequentes, com sensação semelhante à que observara quando usava laxativos, porém,

sem tenesmo. Não referia sensação febril. O exame proctológico revelou mamilos hemorroidários de 1.º e 2.º grau com leve congestão da mucosa. Somente foi conseguido alcançar 18 cm com o sigmoidoscópio, pois a paciente acusava dores e havia grande espasmo. Havendo ausência de aspectos suspeitos ao nível do ponto do obstáculo, foi considerado normal o exame até essa altura. O exame de fezes revelou "E. histolytica". Foi iniciado tratamento esclerosante e para amebíase. Em nada se alterou o quadro clínico. Foi quando o autor notou, em anuscopia para esclerose, a ampola retal inundada por grande quantidade de pus viscoso, amarelo-esverdeado, proveniente da porção retal alta. Suspenso o tratamento, novas retosigmoidoscopias revelaram a presença de pus fluído do sigmóide, sendo que nunca foi ultrapassada a altura de 18 cm. O exame do pus e a reação de Frei foram negativos. O hemograma revelou li-

Afinal! Sulfamidoterapia sem perigo!

TRIOSULUN

SULFADIAZINA
SULFAMERAZINA
SULFAMETAZINA



SULFONAMIDA
TRIPLA SQUIBB

TOXIDEX PRÁTICAMENTE NULA — graças à alta solubilidade de TRIOSULUN na urina.

ALTA EFICÁCIA — porque TRIOSULUN é micro pulverizada, facilitando e acelerando a absorção e proporcionando concentrações ideais.

CONVENIÊNCIA — geralmente dispensa o trabalho extra de alcalinizar a urina, o que além do mais diminuiria a concentração de sulfamida no plasma.

Por ser uma sulfonamida tripla, TRIOSULUN reduz ao mínimo o perigo de cristalúria. Cada um dos seus componentes é absorvido, distribuído, conjugado e excretado independentemente, como se se encontrasse isolado no organismo. Cada um possui solubilidade independente e aditiva no sangue e na urina. Quantidades relativamente grandes de TRIOSULUN podem passar pelos rins, sem causar dano, enquanto a mesma dose de uma sulfonamida isolada pode provocar bloqueio.



INDICAÇÕES — Todas as infecções sensíveis ao tratamento pelas sulfonamidas. Eficaz contra os invasores primários e secundários da disenteria bacilar.

APRESENTAÇÃO — COMPRIMIDOS — de 0,5 contendo as 3 sulfas em doses iguais (0,167g).
Tubos de 20 e latas de 250 e 1.000.

SQUIBB

"TRIOSULUN" é marca registrada da
E. R. SQUIBB & SONS

geiros desvio à esquerda e leucocitose de 9.800. Sinais radiológicos de provável câncer, infectado secundariamente. Não satisfeito com estes resultados, após o exame mais profundo do abdome, notei resistências profundamente na fossa ilíaca direita, com caracteres indefinidos. Examinada a paciente, opinei por um tumor ginecológico do paramétrio, fazendo corpo com o útero. Estava indicada a laparotomia e assim foi feito. Operada a paciente pelo Dr. Nairo Trench, foi encontrado tumor cístico (abcesso tubário esquerdo) com fistula no sigmóide. Tal abcesso tinha o tamanho de uma laranja Bahia grande e o orifício fistuloso era muito pequeno, dando passagem apenas a um estilete. Restabelecimento completo da paciente. No retossigmóide posterior houve passagem franca do aparelho até 23 cm, mostrando mucosa perfeitamente normal. Cura clínica. O estudo radiológico posterior não foi feito por negligência da paciente.

Caso 2: L. M. J., 30 anos, parida, brasileira, domiciliada em Minas, apresentava, há 2 anos, dor no baixo ventre, com caráter terebrante e astenia. A dor foi-se agravando e 6 meses depois notou tumor na fossa ilíaca esquerda, quase na linha mediana, ao mesmo tempo em que evacuava pus. Não apresentava dor em cólica. As vês, fortes tenesmos. Negava san-

gue ou sensação de febre. Cefaléia violenta. Exame ginecológico: corpo do útero não individualizado por estar incluído na massa tumoral; nos anexos direitos palpa-se tumoração cilíndrica, pastosa, úmida da sínfise púbica até a fossa ilíaca direita. Pelas manobras usuais houve saída, pelo reto, de um líquido purulento misturado com fezes. Exame proctológico: grande quantidade de pus amarelo-esverdeado na ampóla. O exame atingiu até 16 cm, onde havia dificuldade na passagem do aparelho. Até esse ponto não apareceram elementos importantes na mucosa a não ser congestão difusa e grande espasmo sigmóideo. Ao exame físico do abdome encontrei massa tumoral saliente, com forma de laranja Bahia, localizada na linha mediana mais para a fossa ilíaca esquerda, globosa, algo resistente, pouco dolorosa. O exame radiológico revelou grande estreitamento da luz intestinal no sigmóide baixo com extensão de cerca 8 cm. Foi operada há 2 meses, tendo sido feito o diagnóstico de abcesso tubário direito com fistula no reto; salpingovariete crônica esquerda. A intervenção consistiu de histerectomia subtotal, salpingovarietomia bilateral e fechamento da fistula. O resultado clínico foi ótimo, apresentando posteriormente exame retossigmóideos cópico e estudo radiológico, normais.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 12 DE DEZEMBRO DE 1951

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Sócios honorários e correspondentes — Com parecer favorável do Conselho Consultivo, foram eleitos, unanimemente, para sócio honorário o prof. Max Thorek e para sócio correspondente os d^{rs}. Juan Carlos Guzzetti, Guillermo Belchor da Costa, Alfonso Albanese, Abel Canônico, Rodolfo Ey-

rebraibe, José Arrutia e Alberto Baroldi, todos da Argentina, menos o primeiro que é dos Estados Unidos.

Úlcera jejunal recorrente — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O A. apresentou um caso de úlcera jejunal recorrente, que já sofreu cinco

intervenções cirúrgicas, permanecendo com úlcera marginal. Fez considerações de ordem diagnóstica, fazendo a crítica de exames radiológico, histopatológico e gastroscópico feitos para o caso. Salientou a inconsistência dos conceitos etiológicos em voga e apresentou diapositivos de radiografias de úlcera jejunal, mostrando as lesões associadas e as dificuldades do exame radiológico.

Comentários: O dr. Paulo Bressan fez considerações sobre o fator terreno. O dr. Moacyr Boscardin focalizou a conduta a ser seguida no caso. O dr. Waldemar Machado lembrou o tratamento gota a gota permanente com alúminio.

Divertículo de Meckel e obstrução. — Dr. Cesário Tavares. O A. leu um trabalho sobre obstrução intestinal por torção e aderência do divertículo de Meckel. O A. recordou os conhecimentos atuais sobre a embriologia do canal ônfalo-mesentérico e apresentou esquema das várias fases de invo-

lução. Salientou a sintomatologia aguda dos estados patológicos decorrentes da existência do divertículo de Meckel. No geral, a obstrução intestinal é a consequência. Seu trabalho é baseado na observação de um caso de torção e aderência de divertículo, dando em resultado um abdome agudo por oclusão do delgado, previamente diagnosticada. Apresentou várias fotografias obtidas durante a operação.

Comentário: Dr. Paulo Bressan, que também acompanhou o caso, citou outro caso semelhante, que teve ocasião de operar a anos, com o diagnóstico de apendicite. O dr. Waldemar Machado salientou as dificuldades de diagnóstico. O dr. Eurico Branco Ribeiro recordou que em meia dúzia de divertículos de Meckel encontrados, nunca observou sinais patológicos. O dr. Moacyr Boscardin citou um caso de obstrução por divertículo operado pelo dr. João Sonnenleithner. O dr. Cesário Tavares fez ainda considerações sobre o assunto.

SESSÃO DE 2 DE JANEIRO DE 1952.

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Clima e patologia médica — Dr. Alberto Carrión Vergara. — O A. discorreu sobre "El clima y los procesos quirúrgicos en algunas regiones del Perú". Iniciou agradecendo a gentileza do Sanatório São Lucas, convidando-o para um estágio em São Paulo. Na sua região natal, a apendicite é uma raridade: 2 casos operados em 22 anos! A Índia dessa região pastoreia até o fim da gravidez e si é surpreendida pelo trabalho do parto, não se preocupa, recebe sua criança na saia, rompe o cordão entre duas pedras e volta calmamente para casa. Nas feridas contraidas no labor agrícola, o índio usa a "folha santa", herva que mantém com a faixa — guaxaca — que usa na cintura. As feridas das mãos são tratadas com teia de aranha e tudo cicatriza muito bem.

O íleo paralítico carencial é facilmente curado por vitamina B1. A úlcera gástrica é inexistente. O câncer é raríssimo. O hábito de mascar a coca — el coqueo — é considerado como narcomania, mas outros o defendem como estimulante para o trabalho conservando a vida até os 90 anos, com dentadura íntegra, tanto que nessa zona não se usa escovas de dentes. A verruga peruana nem sempre é mortal: apenas 5% dos infectados vem a falecer. Pensa-se que tudo se deva ao clima, situado a mais de 3.500 metros de altitude. A eretremia, o tipo morfológico, a capacidade vital aumentada, a dilatação cardíaca são condições normais dos que vivem na altitude peruana. A esterilidade é apanágio dos que se transferem abruptamente da planície para o

altiplano, tanto homens como animais. Isso determinou que a Capital do Perú, inicialmente sediada em Tarma na montanha, fosse mudada para Lima, no litoral, por que ali as espécies não proliferavam. Eis a que é capaz o clima.

Comentários: O dr. Waldemar Machado indagou a frequência das distócias. O dr. Ruy Souza Ramos referiu-se às malformações congênitas entre os índios peruanos. O dr. Carrión prestou informações, acentuando a frequência das afecções hepáticas e das hérnias. O dr. Moacyr Boscardin referiu-se ao estágio no estrangeiro, salientando o valor do intercâmbio cultural, e felicitou o dr. Carrión.

Rotura espontânea do útero fora do trabalho do parto — Dr. José Saldanha Faria. — O A. apresentou um caso de rotura do útero fora do trabalho de parto, em grávida a termo, anteriormente ce-

sareada. A doente foi levada ao hospital com o diagnóstico de hemorragia interna e operada de urgência, fazendo histerectomia subtotal, depois de extraído um feto ainda vivo, mas que faleceu horas depois. Discorreu sobre a ocorrência citando estatísticas e dados da literatura obstétrica e fazendo comentários sobre a etiopatogenia das roturas espontâneas do útero.

Comentários: O dr. Waldemar Machado referiu-se à cesaria corporal como a causa mais frequente da rotura, tão rara nas cesarias transversas segmentarias. Citou um caso pessoal de rotura em cesareada corporal. Salientou a cooperação das transfusões de sangue em altas doses em tais casos. O dr. Faria falou também em favor da cesareana segmentaria. Por fim o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à vida do índio peruano, como um exemplo do trabalho.

SESSAO DE 16 DE JANEIRO DE 1952

Presidente: Dr. Moacyr Boscardin

Invaginação do colo no adulto — Dr. Adalberto Leite Ferraz — O A. discorreu sobre a "invaginação crônica do colo no adulto". O orador expôs os vários tipos da invaginação cólica e recordou os dados clínicos do acidente agudo e da invaginação crônica, mostrando as diferenças no adulto e na criança. Mostrou, também, que a orientação terapêutica difere conforme a idade do doente, pois na criança às vezes só o clister opaco resolve o problema do tratamento. No adulto, quando o processo é crônico, a intervenção com ressecção é a regra. Apresentou dois casos de invaginação crônica no adulto — um de ileocecólica sem tumor, que foi desinvaginado e vai bem; o outro também ileo ceco-cólica, mas com tumor do ceco, que já se achava na alça sigmide e que foi ressecado, revelando o exame histológico um adenocarcinoma. Mostrou a do-

cumentação radiológica de ambos os casos.

Comentário: O dr. Eurico Branco Ribeiro acentuou a raridade entre nós, da invaginação crônica no adulto, pois não teve ocasião de observar nenhum caso em 25 anos de clínica cirúrgica.

Melanoma maligno — Prof. Antônio Prudente. — O A. discorreu sobre "o melanoma maligno", iniciando por fazer considerações sobre a nomenclatura e passando a considerar a questão de grau de malignidade, não sendo, como se disse, ser tumor de mais alta malignidade. Estudou a maneira de propagação desse tipo de tumor — a permeação, principalmente. As operações em monobloco são plenamente indicadas, pois apanha na fase de permeação, a que se segue na fase sanguínea final. Mais de 50% dos casos decorrem de nevus visíveis. A diatermo-coa-

**Comprovado poder
bactericida local!**



SULFA + MERCUROCROMO
Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!



Direção científica: **Par. FAUSTO SPINA**
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

gulação local favorece a disseminação. O diagnóstico da transformação maligna de um nevus é difícil. A excisão e exame histológico é a melhor conduta. Em mais de 900 excisões de nevus, encontrou 4 casos de melanomas malignos, precocemente diagnosticados e todos ficaram bem. O prurido, a tensão, o aumento da pigmentação indicam a transformação maligna. O exame por congelação da 80% de diagnóstico exato. A inclusão em parafina da solução em 48 horas, mas a cirurgia deve ser precoce. Na criança a evolução é menos violenta, parecendo haver interferência do sistema hormonal. A excisão da pele deve atingir a 6 cm. além da lesão, a aponevrose deve ser excisada ainda mais além e o território ganglionar deve ser atingido e exilado. Apresentou vários diapositivos demonstrativos da sua orientação pessoal. De 45

casos operados pela técnica monoblástica, 16 estão com mais de 5 anos de sobrevivência.

Comentário: O dr. Alberto Carrión saudou o prof. Antônio Prudente e acentuou o seu trabalho de orientação nova; referiu-se aos melanomas subangulares, que dão metástases hepáticas apesar da amputação. O dr. Ademar Nobre salientou a importância dos conhecimentos modernos sobre os melanomas e citou o caso de Luis Pereira Barreto, que sofreu a excisão do melanoma da parede do ventre e faleceu, aparentemente sem metástases, um e meio ano depois de pneumonia. O dr. Chaíik Cury referiu-se ao problema hormonal. O prof. Antônio Prudente lembrou a metástase por via sanguínea, atingindo o fígado, pode ser precoce, embora não comum.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Posse da nova diretoria — Realizou-se no dia 1.º de dezembro último a posse da nova diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, eleita em 27 de novembro do mesmo ano, que regerá os destinos dessa Sociedade durante o ano de 1952, ficando assim constituída:

Presidente, Dr. Alfredo Gomes Júlio; Vice-Presidente, Dr. José Alfio Piason; 1.º Secretário, Dr. Oswaldo Mendes Leite; 2.º Secretário — Dr. Orlando de Moraes de Burgos; Tesoureiro, Dr. Décio Bierrenbach de Castro; Bibliotecário, Dr. Carlos André Di Monaco. Representante na Revista Paulista

de Medicina, Dr. Licurgo de Castro Santos Filho. Comissão de Medicina, Dr. Antônio Carlos de Souza, Dr. Roberto Franco do Amaral e Dr. Domingos Boldrini. Comissão de Cirurgia: Dr. Walter Amaral Campos, Dr. Gastão Mangabeira Albarnaz e Dr. Maurício Henry. Delegados eleitores junto à Associação Paulista de Medicina: Dr. Arlindo de Lemos Júnior, Dr. Guedes de Melo Filho, Dr. Octavio Bierrenbach de Castro, Dr. Roberto Rocha Brito. Suplentes: Dr. Antônio Augusto de Almeida, Dr. Roberto Angelo Barbosa, Dr. Laércio Lôbo de Moraes, Dr. Antônio Carlos de Souza.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Cultura Geral, sessão de 1.º de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da Diretoria eleita para o ano de 1952; 2)

Excursão ao pantanal (conferência) — Dr. Durval Rosa Borges.

— Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de fevereiro de 1952, ordem do dia:

LABORATÓRIOS ANDRÔMACO



TÊM A SATISFAÇÃO DE APRESENTAR À DISTINTA CLASSE
MÉDICA DO PAÍS, A SUA NOVA SÉRIE DE PRODUTOS
ANTI-HISTAMÍNICOS



FÓRMULA:

Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Codeína
Cloreto de amônio
Xarope de tolú

LASAIN

XAROPE

ADULTOS E INFANTIL

Antialérgico, Antiasmático
e Expectorante de perfeita
tolerância

INDICAÇÕES:

Bronquites agudas e crônicas.
Bronquites alérgicas e asmáticas.
Rinite e laringo-traqueites gripais.

FÓRMULA:
Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Cloreto de amônio
Xarope de tolú



INSTILASA GOTAS NASAIS

Antialérgico de ação local — Descongestionante de efeito demorado — Antisséptico Nasal



FÓRMULA:

Fumarato de metapirileno
Cloridrato de d-desoxiefedrina
Cloridrato de p-aminobenzoil-dietilamino-etanol
Cloreto de diisobutil-oxifenil-oxietil-etil-
dimetil-benzil-amônio

INDICAÇÕES:

Resfriados comuns. Rinites, sinusites e farin-
gites alérgicas e gripais.

ARNELA COMPRIMIDOS

Anti-Histaminico - Antigripal — Para combater o resfriado

FÓRMULA: Fumarato de metapirileno
Cloridrato de efedrina
Ácido acetilsalicílico
Fenacetina
Cafeína

INDICAÇÕES: Resfriados comuns.
Estados alérgicos.
Enxaqueca.



LASAIN

X A R O P E

é um xarope medicamentoso expectorante que contém ingredientes selecionados e em doses apropriadas para torná-lo eficiente no tratamento sintomático de todos os casos em que houver tosse. É antialérgico, antisséptico e de extrema eficácia no tratamento das bronquites, traqueítes, laringites infecciosas ou alérgicas.

INSTILASA

G O T A S N A S A I S

é antialérgico de ação local, antisséptico nasal e descongestionante de efeito demorado; combate a liberação da histamína e com isso corta o resfriado comum, contribuindo para abortar o estado gripal.

ARNELA

C O M P R I M I D O S

contendo um dos anti-histamínicos mais ativos e empregado de modo apropriado e extensamente, pode reduzir a incidência dos resfriados até quase a sua total eliminação. As reações secundárias comuns aos anti-histamínicos estão reduzidas ao mínimo em **Arnela**.



O FUMARATO DE METAPIRILENO (Fumarato de N, N-dimetil-N'-(2-piridil)-N'-(2-tenil) etilendiamina) é um anti-histamínico de síntese, moderno, eficaz, praticamente atóxico e com mínima tendência de produzir reações secundárias.

Literaturas e amostras à disposição dos Srs. Clínicos.



LABORATORIOS ANDRÔMACO

RUA INDEPENDÊNCIA, 706
SÃO PAULO

1) Posse da Diretoria eleita para o ano de 1952; 2) Homenagem aos Drs. Eloy Lessa, José Augusto Arantes, Bráulio Goulart e Bruno Rangel Pestana; 3) Dr. Humberto Pascale — Assistência Médico-Sanitária Rural.

—, Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 5 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria para o ano de 1952; 2) Dr. Atilio Zelante Flosi (convidado) — Bases metabólicas da aplicação terapêutica do ACTH e da cortisona; 3) dr. Cassio Botura (convidado) — Regulação neuro-endócrina da atividade da supra-renal; 4) Drs. José Barros Magaldi, Carlos Vilela de Faria e acadêmico Raymundo M. Castro e Helcio Bahia Corradini — Estudo de 4 casos de choreaminor tratados pelo ACTH.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria eleita para o ano de 1952; 2) Dr. Constantino Mignoni — Câncer do colon e do reto; 3) Dr. Edison de Oliveira — Tratamento cirúrgico do cancer do colon esquerdo e do reto.

—, Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria para o ano de 1952; 2) Dr. Durval Rosa Borge — Alguns casos de lués congênita tratados pela penicilina de demora e controlados pela reação de Wassermann quantitativa.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 12 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova Diretoria eleita para o ano de 1952; 2) Dr. Alberto Carrión (convidado) — (Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lima) — Enxertos na face; 3) Dr. Daher E. Cutait — Coletomias totais e sub-totais. Considerações sobre 12 casos; 4) Prof. Mário Degni — Loboplastia superior com enxerto de pele para tratamento cirúrgico das cavidades tuberculosas (Nota prévia); 5) Dr. Primo Curtai e Pedro Gherardi Ju-

nior — Enxerto arterial: estudo experimental em caes (Nota prévia).

—, Departamento de Patologia, sessão de 18 de fevereiro de 1952, ordem do dia: Posse da Diretoria eleita para o ano de 1952.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 19 de fevereiro de 1952, ordem do dia: Posse da Diretoria eleita para o ano de 1952; 2) Dr. Américo Rufino e Antônio Prudente Corrêa — Linfangioma da língua — Tratamento radioterápico; 3) Drs. Fábio Barreto Matheus e Jorge Bairbanks Barbosa — Sobre dois casos atípicos de leishmaniose das mucosas; 4) Dr. Mauro Cândido de Souza Dias — Sobre um caso de rinosporidiose.

—, Departamento de Medicina, sessão de 20 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria para o ano de 1952; 2) Dr. Adolfo Barcolini — Diagnóstico diferencial das arteriopatas periféricas; 3) Drs. L. E. Puech Leão e J. Bueno Neto — Tromboangite obliterante e arteriosclerose obliterante. Resultados de alguns métodos de tratamento, com base da revisão de 104 casos; 4) Dr. Geraldo H. Colonnese — Tratamento moderno das arteriopatas periféricas.

—, Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 22 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da diretoria eleita para o ano de 1952; 2) Proteção em radiodiagnóstico, Radioterapia e Fisioterapia: a) Radiodiagnóstico: Drs. Miguel Centola e Rafael de Lima filho; b) Radioterapia — Drs. Carlos de Campos Pagliuchi e Américo Rufino; c) Fisioterapia — Drs. Waldo Rolim de Moraes e Roberto Taliberti; 3) Apresentação de casos interessantes.

—, Departamento de Urologia, sessão de 28 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria para o ano de 1952; 2) Dr. José Martins Costa — Mecanismo da dor nas nefroptoses; 3)

Drs. Darcy Villela Itiberê e Dario Tracanella — Cuidados urológicos nos casos de bexiga neurológica.

—, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 8 de fevereiro de 1952, ordem do dia: Posse da Diretoria eleita para o ano de 1952.

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 28 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Drs. Mozart Tavares de Lima Filho, Mário Melo Faro, e Benedito Costa Lima, H. P. J. Reis e Bruno Quilici — O Controle das sombras pulmonares pelo dispensário; 3) Drs. A. C. Moraes Passos, Luis Baptista, Nogueira Martins, Pedral Sampaio, Homero Silveira e A. Ribeiro Marques — Reação de Mitsuda em tuberculosos pulmonares antigos e sua variação após becegeização.

—, Departamento de Anestesiologia, sessão de 9 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria; 2) dr. Reynaldo Neves de Figueiredo — Explosão de um cilindro de oxigênio; 3) Drs. Antônio Pereira de Almeida e Alberto Caputo — Conduta anestésica nos primeiros casos de cirurgia cardíaca.

Associação Médica do Instituto Penido Burnier, sessão de 7 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Drs. Penido Burnier Filho e Sousa Queiróz — Impressões do IV Congresso Pan-Americano de Oftalmologia (México 1952); 2) Dr. A. Martinelli — 14.º caso de cisticercose ocular; 3) Drs. Penido Burnier e Roberto Barbosa — Nova observação de catarata parati-reopriva; 4) Dr. Franco do Amaral — Aplicação prática do teste Thorn.

Hospital Juqueri, sessão de 23 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Paralisia geral, Pleuriz soro-fibrinoso; 2) Epilepsia. Febre tifóide; 3) Epilepsia. Debilidade mental. Exposição clínica pelos Drs. Silvio Barbosa, Benedito Sampaio e Ivo Soares Bairão.

—, sessão de 29 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Epilepsia

— Carcinoma do lábio; 2) Hematoma sub-dural; 3) Alcoolismo crônico. Hematoma sub-dural; 4) Paralisia geral. Pleuriz soro-fibrinoso. Exposição clínica a cargo dos Drs. Ivo Soares Bairão, Antônio Carlos Barreto, Jairo A. Silva e Silvio Barbosa.

Manicômio Judiciário, sessão de 2 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Roubo. Exame mental negativo — dr. Ernani Borges Carneiro; 2) Agressão psicose reativa — dr. Paulo Fraletti; 3) Tentativa de homicídio, ausência de perturbação mental — dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra; 4) Contravenções das leis penais. Alcoolismo crônico — dr. Carlos Mesquita de Oliveira; 5) Furto. Personalidade psicopática — dr. Ernani Bernardinelli.

—, sessão de 8 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Crime e ferimentos. Parafrenia confabulatória — dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra; 2) Contravenção das leis penais (embriaguez). Alcoolismo crônico em débil mental do grau livre. — dr. Henrique Levy; 3) Crime de atentado ao pudor. Alcoolismo crônico — Dr. Carlos Mesquita de Oliveira.

—, sessão de 22 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Agressão. Alcoolismo — dr. Ernani Bernardinelli; 2) Homicídio. Personalidade psicopática — Dr. Tarcizo Leonce Pinheiro; 3) Homicídio. Alcoolismo — Dr. Henrique Levy.

Sociedade de Estudos Médicos, sessão de 22 de fevereiro de 1952, ordem do dia: A vagotomia no tratamento da úlcera gastro-duodenal.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 6 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse da nova diretoria para o ano 1952-1953; 2) Aspectos modernos da cirurgia cardiovascular — Drs. Paulo G. Bressan e Moacyr Boscardin; 3) Aneurismaplastia para a cura do aneurisma intrapericárdico — Prof. Mário Degni.



HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL COM RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-36 4572
São Paulo

contafus

HEXANITOL



HEXANITOL COM RUTINA

—, sessão de 20 de fevereiro de 1952, ordem do dia 1) dr. Nicola Gabriele — Um estágio de aperfeiçoamento; 2) dr. Alberto Carrion Vergara — Concomitância da úlcera gastroduodenal e câncer gástrico; 3) drs. Mário Finochiaro e João Guerini — Indicações de planigrafia (estratigrafia) torácica e extratorácica.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 11 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) dr. Geraldo Vicente de Azevedo — Pelvimetria radiológica pela técnica de Colcher-Sussmann; considerações sobre 5 casos; 2) dr. Mário Ramos de Oliveira — Aspectos cirúrgicos da hérnia diafragmática pelo histo esofageano.

—, sessão de 20 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) Posse dos drs. Paulo Schmidt Goffi e Adaucto Martinez na secção de Cirurgia Especializada. O dr. Paulo Schmidt Goffi foi saudado pelo dr. Gentil Marcondes de Souza e o dr. Adaucto Martinez pelo dr. Geraldo Vicente de Azevedo; 2) dr. J. A. de Mesquita Sampaio (sócio emérito) e dr. Paulo de Paula e Silva (con-

vidado) — Diabete melito com Síndrome de Kimmelstiel e Wilson (considerações anatomo-clínicas a propósito de um caso).

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 14 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) prof. Evaldo Altino de Araujo — O laboratório de medicina legal e a Faculdade de Direito da Universidade de Recife; 2) dr. Eduardo Guastini — Critério sobre distribuição de entorpecentes; 3) dr. Arnaldo Amado Ferreira — Responsabilidade médica. Considerações sobre dois casos.

—, sessão de 29 de fevereiro de 1952, ordem do dia: 1) dr. Arnaldo Amado Ferreira — Sulfocarbono e acidente do trabalho; 2) dr. Arnaldo Amado Ferreira — Acidente do trabalho pela manipulação com os compostos cromados.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 11 de fevereiro de 1952, ordem do dia: Dr. Reynaldo Puagliato — Alta definitiva e forma da moléstia — Casos da Inspectoria Regional de Campinas.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Anais do Instituto Pinheiro, Vol. XIV, n.º 28, julho de 1951. Diagnóstico, profilaxia e tratamento da doença hemolítica do recém-nascido (eritroblastose feral) — Lacaz C. S., Melone O. e Yahn O.; Vitamina B12 e anafilaxia — Guidolin R. e Ferri R. G.; Serviço antirrábico descentralizado do Instituto Pinheiros. Estatística geral de 1950 — Pereira A.

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, Vol. XIII, Anos 1949, 1950 e 1951 (número especial) Hematologia do pêfigo foliáceo — Dr. Walter Hadler.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVI, n.º 47, março de 1951. Contribuição ao estudo da esquistossomose mansônica no Estado da Bahia, Brasil — J. O. Coutinho.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XVI, n.º 48, junho de 1951. Reação de fixação do complemento para diagnóstico da moléstia de Chagas pela técnica quantitativa — José Lima Pedreiras de Freitas.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. 10, n.º 1, março de 1952. Distúrbios neurológicos nos estados

carenciais aquílicos — Dr. Horácio M. Canelas; Human genetics as an approach to the classification of mental diseases — Dr. Aníbal Silveira; Dismielinizações primárias no sistema nervoso central — Dr. Orlando Aidar; Moléstias dismielinizantes do sistema nervoso — Drs. Antônio B. Lefèvre, Maria Irmina Valente e Helena Wronski; Encefalopatia hipertensiva pseudotumoral — Dr. Ignacio de Gispert Cruz; Conferência: A ciência da psicanálise — Prof. Theon Spanudis.

Resenha Clínico-Científica, Vol. XXI, n.º 1, janeiro de 1952, Augusto Paulino Filho, Figueiredo Mendes e José Victor Rosa — Diagnóstico da úlcera péptica; R. L. Sanders — Afecções cirúrgicas do cólon; Giovanni Bruno — Estrutura e função dos ossos: o fêmur; Marcello Comel — A terapêutica endérmica das moléstias venéreas.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XII, n.º 1, janeiro de 1952. Prova do mecolil-morfina. Seu significado clínico — Dr. Plínio Bove.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 39, n.º 6, dezembro de 1951.

Anomalias congênicas do ânus e reto — Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto — Roberto de Vilhena Moraes e José Pinus; Queimaduras da mão — Dr. Victor Spina; O tubo de polietileno na utilização da via venosa em crianças. — Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto, Roberto Vilhena de Moraes e José Pinus; A esofagogastrostomia transtorácica no tratamento do megaesôfago. — Dr. Giocondo Villanova Artigas.

Revista do Hospital N. S. Aparecida, Vol. IV, n.º 5, setembro-outubro de 1951. Estudo anatômico e observações cirúrgicas sobre o músculo cremaster do homem — José Taliberti.

Revista Paulista de Tisiologia, Vol. XII, n.º 5, setembro-outubro de 1951. Semana Paulista contra a tuberculose — Roberto Brandi: Alguns aspectos da luta anti-tuberculosa nos Estados Unidos — J. Gabriel Borba; O papel da enfermagem de saúde pública nos dispensários e centros de saúde — Maria Silvana Tetixera: Serviço social médico em dispensário — Vole de Battistis e Ana Maria Wey.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Posse do diretor — Com a presença dos membros do Conselho Universitário; do dr. Machado Santana, representante do sr. Alfredo Condeixa Filho, prefeito municipal de Ribeirão Preto; dr. Luís Augusto de Matos, vice-presidente da VASP e membro da Comissão de Instalação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; dr. Milton Penha, diretor do Departamento de Assistência a Psicopatas; diretores dos diversos Departamentos da Reitoria e grande número de convidados, realizou-se no dia 18 de fevereiro de 1952,

na sala de sessões do Conselho Universitário, edifício da Reitoria da Universidade de São Paulo, a cerimonia de posse do primeiro diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, recentemente criada, prof. Zeferino Vaz.

Declarando aberta a sessão, o reitor da Universidade, prof. Ernesto Leme, convidou para que se sentasse à mesa o representante do prefeito de Ribeirão Preto, designando, a seguir, o professor Brás de Sousa Arruda, diretor da Faculdade de Direito, para que in-

roduziu no recinto o prof. Zeferino Vaz.

O dr. Julio Stamato, secretário-geral substituto da Universidade de São Paulo procedeu à leitura do decreto de nomeação e do termo de compromisso do prof. Zeferino Vaz, no cargo de diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Após a assinatura desses documentos, usou da palavra o prof. Ernesto Leme, congratulando-se com os presentes pela criação da nova Faculdade, bem como pela escolha do professor Zeferino Vaz para seu primeiro diretor. Passou a palavra ao prof. José Otavio Monteiro de Camargo, catedrático da Escola Politécnica,

que, em nome do Conselho Universitário, saudou o diretor empossado. A seguir, falou o dr. Machado Santana em nome do prefeito e do povo de Ribeirão Preto.

Agradecendo as homenagens de que fora alvo, falou, finalmente, o prof. Zeferino Vaz, que disse, entre outras coisas, ser seu desejo seguir sempre o exemplo dado pela Faculdade de Medicina de São Paulo, cujo prestígio ultrapassou há muito as fronteiras do país, como centro de estudos e de pesquisas científicas, e que servira de modelo para as bases de criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Associação Paulista de Medicina

Premios conferidos em 1951 —

Como faz todos os anos, para estimular a produção científica de seus associados, a Associação Paulista de Medicina julgou os trabalhos apresentados para concorrer aos premios distribuidos em 1951. Tendo sido encerrado em 31 de outubro de 1951 o prazo para a inscrição desses trabalhos, já em janeiro de 1952, isto é, pouco menos de 3 meses depois, os trabalhos foram lidos pelas Comissões Julgadoras. Graças à melhor organização da regulamentação desses premios, realizada pela Sociedade desde 1948, o trabalho de julgamento foi grandemente facilitado, permitindo maior rapidez na distribuição dessas laureas. Foram concedidos os seguintes premios:

Premio "Arnaldo Vieira de Carvalho" — Conferido ao trabalho "Espaço pélvico sub-peritoneal e prolapso genital, especialmente cistocele" — apresentado pelo dr. José Nemirovsky.

Premio "Clemente Ferreira" — Conferido ao trabalho: "Contribuição para o estudo da tuberculose no Município de São Paulo; Aspectos epidemiológicos do problema" apresentado pelos drs. Israel

Nussensweig e Diogenes A. Certain.

Premio "Diogo de Faria" — Conferido ao trabalho: "Pneumonia reumatica" — apresentado pelos drs. Israel Nussensweig, Marco Antonio Nogueira Cardoso, Evandro Pimenta de Campos e Bernardino Tranchesi, e doutorandos Victor Nussenzweig e Ruth Sonntag.

Premio "Honorio Libero" — Conferido ao trabalho: "Ulceras gastricas e duodenais perfuradas em peritoneo livre (Sintomas, diagnóstico e tratamento. Análise estatística de 302 casos)" — apresentado pelos drs. Rui Ferreira Santos, Ari do Carmo Russo, Carmino C. Caricchio, Delmonte Bitencourt e Cassio Montenegro.

Premio "José de Almeida Camargo" — Conferido ao trabalho: "O médico de Rui" — apresentado pelo dr. Hilario Veiga de Carvalho.

Premio "Luiz Felipe Baeta Neves" — Conferido ao trabalho: "Nefrografia" — apresentado pelo dr. Eduardo Cotrim.

Premio "Mario Ottoni de Rezende" — Conferido ao trabalho: "Contribuição ao estudo da flora

NOVOS PRODUTOS GLAXO

SECLOPEN

PENICILINA GLAXO PROCAÍNICA

Frasco contendo:

300.000 Unidades Penicilina G Procaínica

100.000 " " " Sódica Cristalina.

(Também em frascos com 5 doses)

**PARA APLICAÇÃO AQUOSA, PRODUZINDO ALTO
NÍVEL INICIAL E PROLONGADA AÇÃO**

Vitamina B12 Glaxo

Caixa com 6 ampolas de 1 cc., contendo
20 microgramas por cc.

**TRATAMENTO DAS ANEMIAS PERNICIOSAS E
MACROCÍTICA, SPRUE E ANEMIA DA GRAVIDEZ**

Representantes gerais para o Brasil:

LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S. A.

CAIXAS POSTAIS:

RIO DE JANEIRO 2755

PORTO ALEGRE 1297

B A H I A 887

S Ã O P A U L O 3757

C U R I T I B A 593

R E C I F E 1080

das sinnusites. Verificação de sua sensibilidade aos antibióticos" — apresentado pelos drs. Augusto de E. Taunay e Mauro Candido de Souza Dias.

Homenagem a médicos servidores públicos — Promovida pelo Departamento de Higiene e Medicina Tropical da Associação Paulista de Medicina, realizou-se a 4 de fevereiro do corrente ano, na sede dessa entidade de classe, uma sessão solene em homenagem a quatro funcionários públicos recentemente aposentados e que no exercício dos seus cargos prestaram relevantes serviços à coletividade. São eles os drs. Bruno Rangel Pestana, Eloy Lessa, José Augusto Arantes e Braulio Goulart, o primeiro dos quais foi diretor dos "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia" durante vários anos.

Tomaram parte na mesa que presidiu os trabalhos os drs. Synesio Rangel Pestana, Humberto Pascale e Maragliano Junior.

Estando literalmente cheio o salão de festas da Associação Paulista de Medicina, o dr. Humberto Pascale, como diretor do Departamento promotor da homenagem, deu início à sessão saudando os referidos servidores públicos com a seguinte oração:

"O médico que se dispõe a dedicar ao Estado todo o seu saber e valimento — disse o orador — deve recordar-se de que a função pública constitui uma das mais nobres e distintas modalidades de servir. Credencial de alto apreço, para que não se corrompa o título de funcionário público, há de ser a classe do funcionalismo honrada nos seus misteres, maleável às necessidades públicas, sensível às exigências honestas, permeável às conquistas do progresso e, sobretudo, equidistante e imparcial entre o Estado de que diamana e o povo majestático a que serve".

Haveis compreendido, por certo, meus senhores, que da explanação e da consistência de tais conceitos, refulge nitida e evidente a intenção de destacar as nobres figuras

dos nossos inclitos homenageados. E entre eles muito bem se situa a figura impar e apostólica de Bruno Rangel Pestana".

Depois de outras considerações, prosseguiu, dirigindo-se aos homenageados:

"E de vós não se poderá dizer jamais o que dizia Marco Tulio dos funcionários relapsos: "as mercês feitas a indignos não honram os homens; afrontam as honras".

E porque a vida humana envolve uma explicação toda moral, a reputação do homem e sobretudo do homem público, edifica-se de minuto a minuto, através de uma sucessão infinita de provas e de provações que só termina com a terminação da própria vida.

Por isso mesmo afirma Vieira, num dos lances lapidares da sua palavra inconfundível, que o juízo dos homens é mais temeroso do que o Juízo de Deus, porque o juízo de Deus é juízo de um só dia e o juízo dos homens é juízo de toda a vida.

E vós que merecestes a consagração do juízo dos homens na fase culminante da vossa vida longa, nobre e fecunda, permiti que este velho companheiro se associe ao sentido singular que identifica esta homenagem e aos sentimentos comuns que a enaltecem, através dos votos da amizade mais pura e da devoção mais incendida".

Falaram depois os oradores escaldados para saudar a cada um dos homenageados. O primeiro a fazer uso da palavra foi o dr. Morato Proença, que relatou pormenorizadamente o que foi a carreira de médico e de funcionário do dr. Eloy Lessa, desde o primeiro posto que ocupou no Serviço Sanitário até a direção administrativa do Departamento de Saúde.

Coube ao dr. José de Toledo Piza fazer o elogio do dr. José Augusto Arantes, cuja dedicação às funções de médico interno e, depois, de diretor do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", foi posta em destaque e indicada como

NA HIPERTENSÃO

ARTERIAL

**E SUAS
MANIFESTAÇÕES**



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminocolina** foi ressaltado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relatada e comprovada por observações de autores absolutamente idôneos, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados no **Alemanha** em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmam, H. Nölz e W. Veltan, demonstraram que a ação da Carbaminocolina supera grandemente a do acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizado de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Ação sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas de conduto gastro-intestinal. Aumento das contrações do útero grávidico e a secreção salivar.

Gowartz, Van Doren e Pansini, verificaram que baixa a pressão arterial, com o devido reserva para os casos em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Eberhard Schulze e apologeta sistemática da Carbaminocolina no combate da retenção urinária, observada após os partos e nos pacientes submetidos a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na quasi totalidade dos casos supra mencionados.

Quanto à Rutina, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A Rutina não é acumulada no organismo e restabelece à normalidade a fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provada a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes melitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a facultade de se contraírem, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminocolina poderá ser incerta, mas com o recente descoberto da ação terapêutica da Rutina, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguida restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.800 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminocolina é resultante da sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Dautreban e Marchal).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE, injetável"). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade de Rutina, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a **Rutinase injetável** e a **Rutinase comprimidos**, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutina (Comprimidos de Rutina "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutina, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou de várias, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminocolina puríssimo	0.00025
Rutina purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio	g. b.
Soluto fisiológico isotônico	q. b. 2 cm

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampolas.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espaasmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagonista da adrenalina.

Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensiva da Carbaminocolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte de sua facultade de se contraírem (pela ação, embora lenta, da Rutina).

Atonia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente na retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de **miocardiite crônica**, ou de cardiopatia fortemente descompensada e nequistas casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, asmáticos, sujeitos à choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose :

Mistura em todo o conteúdo de uma ampola (1 e 2 cm) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, a critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das veias.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminocolina puriss.	0.002
Rutina purif.	0.020
Excipiente	q. b. p. 0,200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espaasmódico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo das hemorragias cerebrais e retinianas.

Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos aparelhos digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias diversas, apoplexia senil).

Contra-indicações :

As mesmas da forma injetável

Dose :

Mato a dois comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, a critério do clínico.

exemplo de abnegação de um servidor que se consagra à causa da humanidade.

O terceiro orador foi o dr. Ariosto Buller Souto, que se incumbiu de descrever naquela reunião de médicos o que têm sido e como se têm desenvolvido a ação do dr. Bruno Rangel Pestana em benefício da saúde pública, desde o início de sua carreira no Instituto Butantã, onde foram notáveis os seus trabalhos sobre ofidismo, no Instituto Bacteriológico e finalmente no Instituto Adolfo Lutz.

Falou depois o dr. Maragliano Junior, para fazer o elogio do sanitarista na pessoa do dr. Bráulio Goulart, que dedicou toda a sua carreira no funcionalismo aos trabalhos propriamente sanitários, isto é, de assistência às populações urbanas e rurais.

Em nome dos homenageados falou por fim o dr. Bruno Rangel Pestana que, expressando os sentimentos de gratidão, seus e dos seus companheiros, aos promotores daquela reunião, pronunciou o seguinte discurso:

"Designado pelos meus companheiros para ser interprete dos nossos agradecimentos, procurei eximir-me de tão honrosa missão, conscio das minhas dificuldades para desempenhar uma tarefa que exige os requisitos especiais que sobram aos distintos oradores que nos honraram com as suas carinhosas saudações, já afeitos ao aformoseamento da frase, à beleza da imagem, habituados, enfim, à elegância da palavra.

Todavia, com benevolente isistência, os meus ilustres amigos e companheiros na homenagem aqui prestada, venceram as minhas razões por um motivo de ordem sentimental. Permitiram-me o uso de expressões ditadas apenas pelo coração, para manifestar os nossos sentimentos de gratidão. Assim, espero ser absolvido no vosso julgamento.

Com este preito significativo de estima quisteses prestigiar e home-

nagear o esforço e o labor nunca desfalecidos, a atividade não esmorecida, através de longo tempo de trabalho funcional, no cumprimento do dever inerente a uma carreira que tem sobre os seus ombros a missão dedicada de preservar a saúde pública.

Escolheste para alvo dessa homenagem a todos aqueles que na organização sanitária do Estado de São Paulo serviram à causa pública com dedicação e sacrifício de vida, um grupo de funcionarios representantes dos diferentes serviços do Departamento de Saúde e que ultimamente se afastaram das suas atividades funcionais. Essa carinhosa homenagem se reveste de maior significação porque é ela prestada a servidores que, apesar de aposentados, não deixarão de se interessar pelos assuntos de saúde pública. Têm, por isso, o sentido de uma demonstração prévia de reconhecimento pelo trabalho que se realiza não por obrigação mas por inspiração do sentimento de humanidade.

Aos meus distintos companheiros drs. José Augusto Arantes, Eloi Lessa e Bráulio Goulart, cabe receber as vossas justas homenagens por meritos já aqui realçados e elogiados por amigos, porque eles representam um passado longo no Departamento de Saúde. E a mim, como um dos mais humildes discipulos da Escola de Adolfo Lutz cabe receber esta homenagem como representante daqueles que trabalharam e colaboraram comigo, o que faço com grande satisfação, principalmente porque a recebo em uma reunião do Departamento de Higiene e Medicina Tropical, da Associação Paulista de Medicina, onde vejo e admiro um grupo de pesquisadores que ainda se interessam pelos assuntos de higiene e pelo combate às moléstias tropicais.

Ao expressar esses sentimentos, queremos testemunhar a nossa gratidão ao bondoso amigo dr. Humberto Pascale que, na qualidade de presidente do Departamento de Higiene e Medicina Tropical, desta

Associação Médica, tomou a iniciativa dessa carinhosa homenagem.

Aos que nos honraram com as suas palavras eloquentes, cheias

de carinho e amizade, nos confessamos eternamente penhorados. E, a todos que se acham aqui presentes, o nosso muito obrigado, sincero e comovido”.

Sociedade de Gastreenterologia e Nutrição

Homenagem póstuma ao prof. Bonorino Udaondo — Realizou-se em fevereiro último a sessão promovida pela Sociedade de Gastreenterologia e Nutrição de São Paulo em homenagem à memória do prof. C. Bonorino Udaondo, recentemente falecido em Buenos Aires. Compareceram professores universitários, médicos e numerosas outras pessoas.

Abrindo a sessão, o prof. Felício Cintra do Prado, presidente da Federação Brasileira de Gastreenterologia, pronunciou as seguintes palavras:

“Há quase três anos, neste mesmo ambiente, reuniram-se a Sociedade de Medicina e a Sociedade de Gastreenterologia e Nutrição de São Paulo, para conferirem o título de socio honorário ao prof. Bonorino Udaondo. Nessa ocasião, saudávamos na pessoa do visitante a inteligência e a cultura da classe médica argentina que ele dignamente representava. Mas também aqui o recebíamos com o carinho especial a que fazia jús o amigo, o sincero amigo do Brasil, diplomata por indole, conhecedor da nossa história política, da literatura e das artes, dos nossos museus e monumentos. Tal interesse, espontâneo e profundo, animava constantemente o prof. Bonorino e o tornou mais do que um apologeta, um realizador no campo das relações culturais entre os dois países.

“Hoje, de novo nos reunimos, agora para lamentar o desaparecimento dessa grande figura, a qual sobreviverá, entretanto, na lembrança e no afeto dos seus colegas brasileiros”.

Falaram a seguir os profs. João Marinho, da Academia Nacional de

Medicina, e o prof. A. de Almeida Prado, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Depois, falou o prof. Benedito Montenegro, em nome da Federação Brasileira de Gastreenterologia, que pronunciou o seguinte discurso:

“Está de luto a Gastreenterologia com a perda de um de seus mais destacados representantes, o professor Bonorino Udaondo, personalidade das mais acatadas nas letras médicas sulamericanas, cujo nome venceu os limites de sua pátria e do continente onde ela está situada, para projetar-se no cenário científico internacional.

“Basta atentarmos para os títulos honoríficos de que era portador, conferidos pelas mais variadas instituições profissionais e científicas, para nos convenceremos de que o ilustre morto, cuja memória hoje reverenciamos, era, realmente, ou um predestinado, ou um homem de raras qualidades, que delas soube utilizar-se em benefício da profissão que exerceu com abnegação, da ciência que professava com entusiasmo e, por conseguinte, em benefício dos que se contorcem nas garras da doença.

“Professor honorário das Faculdades de Medicina de Buenos Aires, de Montevideu, de Santiago do Chile, de La Paz, de Cochabamba, de Sucre, de Quito e do Litoral; membro honorário das Academias de Medicina de Madri, de Roma, do México, de Lima e do Rio de Janeiro; membro honorário das Sociedades de Gastreenterologia de Paris, de Roma, de Bruxelas; de Montevideu, do México, de Santiago do Chile, de Bogotá, de



Extratos embrionários
e Hepáticos
Sôro hemopoético, Ferro

**HEPAMOXYL
XAROPE**

Com
ÁCIDO
FÓLICO

EMAGRECIMENTO - ANEMIAS -
PERTURBAÇÕES DO CRESCI-
MENTO - DEFICIÊNCIAS
ORGÂNICAS

Vidro com
220 cm³

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO



São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Cuba, do Rio de Janeiro e de São Paulo, todos, títulos conquistados pelos trabalhos realizados na cadeira de que foi titular até jubilar-se, nos institutos que fundou e dirigiu com rara proficiência, nas tribunas das sociedades científicas e dos inúmeros congressos em que tomou parte, como representante oficial do governo de seu país ou das associações de que era elemento de destaque não só pela sua cultura, como pela lhanza do trato com os colegas, com os amigos, com os discípulos e com seus pacientes, como ainda, pelo seu caráter profundamente cristão e humanitário, conquistando a amizade de todos pela simpatia, que irradiava de sua pessoa e pela modestia e simplicidade com que se dirigia aos seus ouvintes e interlocutores”.

“Filho do dr. Carlos Bonorino Frias e de da Isabel Udoando Peña, nasceu o professor Bonorino, em Buenos Aires, no dia 4 de Dezembro de 1884, graduando-se em Medicina, em 1908. De pais abastados, desfrutando de uma excelente posição social e econômica, ao invés de gozar os benefícios que essa situação lhe proporcionava, preferiu aperfeiçoar seus estudos na Alemanha, na França e na Inglaterra, centros que naquela época eram os expoentes do progresso da Medicina e onde pontificavam na Clínica Médica e especialmente na Gastreenterologia. O pendor natural pela especialidade e o contacto salutar com os grandes mestres da Gastreenterologia, despertaram, no jovem médico argentino a curiosidade e o entusiasmo por novos conhecimentos, que aplicados na prática, viessem contribuir para melhorar as precárias condições de higiene alimentar e debelar muitas das doenças do aparelho digestivo existentes não só em sua pátria, como em todas as demais nações latino-americanas.

“Sem dúvida, foi esse desejo de progredir que o induziu a fundar, em maio de 1927, a Sociedade de Gastreenterologia de Buenos Aires, em companhia de Bernardo

Houssay, de Mariano Castex, de Pedro Escudero Zabala e de Carlos Dominguez, nomes estimados da Fisiologia, da Clínica Médica e da Gastreenterologia, alguns já desaparecidos, outros, ainda, apesar da idade madura, clarificando com as luzes dos seus espíritos intrincados problemas científicos e profissionais, promovendo o progresso da medicina e formando discípulos, dignos continuadores de suas obras.

“Não se deteve aí o seu entusiasmo pela especialidade; reconhecendo a necessidade de maior aproximação entre os seus cultores dos continentes americanos, levou a efeito a fundação da Associação Interamericana de Gastreenterologia, da qual foi seu primeiro presidente e cuja presidência ocupava quando o morte o surpreendeu”.

“Seu desaparecimento abre um claro difícil de ser preencido, pela quase impossibilidade de se encontrar um substituto com a cultura, com o entusiasmo e com as qualidades de espírito e de caráter capaz de ocupar seu posto. Instituiu, sob os auspícios da novel agremiação, as chamadas Jornadas Pan-Americanas de Gastreenterologia, verdadeiros congressos internacionais da especialidade, duas das quais já foram realizadas com grande êxito: a primeira, em julho de 1948, em Buenos Aires sob a presidência do pranteado amigo, e a segunda, em julho de 1950, em São Paulo e no Rio de Janeiro, sob a sua presidência de honra, em atenção ao esforço por ele desenvolvido para sua realização e pelo auxílio eficaz que prestou durante sua organização. Não cabe, neste momento, analisar os resultados desses conclaves, seja do ponto de vista científico, seja do ponto de vista social ou profissional; basta assinalar que ambos atraíram especialistas das duas Américas e da Europa e que problemas dos mais transcendentais foram ventilados, chegando-se a resultados altamente satisfatórios; entretanto, forçoso é ressaltar que a personalidade do professor Bonorino se destacou em

ambas as reuniões, como organizador e como incentivador, apresentando trabalhos de clínica e de pesquisas experimentais realizados nos institutos que fundara e que dirigia, destacando-se entre eles, o Dispensario Público Nacional para Enfermedades del Aparato Digestivo e o Centro del Diagnóstico Precoz del Cancer. Digestivo, centros onde realizava curso para médicos, assistidos não só pelos colegas argentinos, como por muitos de outros países sul-americanos, conhecedores do valor das lições do mestre.

"Preparava-se para tomar parte na Terceira Jornada, a realizar-se no México, entre 11 e 17 de maio vindouro e posso testemunhar que o fazia com o mesmo entusiasmo de sempre, a julgar pelos dizeres das cartas que dirigiu a mim e a outros colegas brasileiros, concitando-nos a interessar nossos especialistas a uirem-se em numerosa caravana para "apresentar trabalhos de valor como os que foram apreciados durante a Segunda Jornada e que testemunham os elevados meritos dos cientistas brasileiros". Palavras elogiosas, mas sinceras, e tanto mais valorizadas quanto partidas de quem tinha autoridade para pronunciá-las, de quem possuía elevado discernimento, era justo no julgamento e, embora cavalheiro de fino trato, não prodigava elogios imerecidos.

"Apreciava o contacto com os colegas estrangeiros, de quem se fazia dedicado amigo, desde que merecessem sua amizade; tinha grande prazer em levá-los, pessoalmente, o resultado de seus estudos e pesquisas e, por isso, realizou inúmeras viagens à Europa e aos diversos países latino-americanos, em caráter particular ou em função de representações oficiais do governo, da universidade ou das sociedades a que pertencia.

Assim, participou dos congressos médicos de Paris, de Madri, de Zaragoza, de Parma, do México, de Lima, do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Montevidéu, de Santiago do Chile, etc".

"Em todas essas ocasiões soube elevar o nome da ciência médica argentina, emparelhando-a com a das mais adiantadas de outras nações. Não parava aí o desejo de superar-se; terminados os congressos, não arrefecia o ardor pela divulgação de seus conhecimentos, realizava conferências e cursos da especialidade nas associações científicas ou nos serviços de mestres eminentes, como aconteceu, por mais de uma vez, em Madri, onde os professores Marañón, Gallart Monés e Jiménez Dias, nomes dos mais representativos da ciência médica espanhola, puseram suas catedras à disposição de quem só poderia ilustrá-las, apesar do brilho com que as regiam os seus titulares. Pode-se dele dizer que "através dos anos formou uma escola de alto valor científico, admirada, não só no país, como, também, no estrangeiro e de onde saíram discípulos que já se consagraram mestres".

"Suas frequentes viagens ao estrangeiro nunca interferiram de maneira apreciável no exercício da profissão nem nos cuidados com que exercia a cátedra de Semiologia e Clínica Propedeutica, onde iniciou os primeiros passos sob a direção dessa veneranda e acatada figura de homem, de mestre e de cientista que é o professor Gregorio Aráoz Alfaro e a quem sucedeu quando esse eminente colega, por implemento de idade, dela se afastou, embora conservando toda plenitude do seu brilhante intelecto e, por isso mesmo, amado por seus discípulos e coberto de glórias pelo trabalho profícuo e incessante que realizou durante sua longa e útil carreira no magisterio. O prof. Bonorino dedicou à cátedra "toda sua inteligência e grande parte de seu esforço, tendo-a elevado à categoria de uma das mais importantes Faculdades; entretanto, sua preferência e sua dedicação à Gastroenterologia elevaram-na à uma especialidade científica de destacado relevo e da qual ele ocupou o primeiro posto no país, na América e na Europa" — palavras pronunciadas pelo professor Aráoz

Alfaro, em nome da Faculdade de Medicina, no momento em que baixava o seu corpo à sepultura.

"Foi nosso homenageado um prolífico cultor das letras médicas, tendo publicado mais de quinhentos trabalhos de experimentação e de clínica, além dos tratados de Semiologia e de Patologia Digestiva. Pouco antes de sucumbir, já minado pela doença, sem dar sinais de seu sofrimento, no contrario, enfrentando o desenlace próximo com animo resolutivo e forte, publicou na "Prensa Medica Argentina", da qual era fundador e um dos diretores, bem documentado artigo sobre "Cancer del Estomago", tão documentado e erudito como foram todos os seus artigos, refletindo o resultado de sua vasta experiência e de sua serena meditação. Tinha ainda, no prelo um trabalho sobre: "Colite Ulcerosa" que deverá aparecer brevemente, como obra póstuma.

"Seu espirito irrequieto, em constante busca de aperfeiçoamento, não se limitou a enriquecer a ciência médica com os seus trabalhos e a iluminá-la com as suas luzes; o desejo de projetar o nome da patria além de suas proprias fronteiras induziram-no a incentivar a fundação de agremiações capazes de aproximar os argentinos de povos de outros países, contribuindo, desse modo, para melhor compreensão e maior estreitamento de suas relações sociais e culturais. Nesse sentido, fez parte do Conselho Diretor da Associação Argentina de Cultura Inglesa, da Comis-

são Diretora do Instituto Argentino de Cultura Italica, da Comissão Diretora do Instituto de Cultura Belgo-Argentina, de que foi presidente, do Conselho Diretor do Instituto da Universidade de Paris em Buenos Aires e da Comissão Diretora do Instituto Cultural Germano-Argentino. Mereceu a condecoração de cavalheiro da Legião de Honra da França, pelos relevantes serviços prestados na aproximação franco-argentina.

"Não foi o professor Bonorino somente um grande profissional que honrou a classe a que pertencia e um destacado mestre da medicina, foi, também, um prestante cidadão que levou o nome de sua patria a muitos dos rincões do globo, como um legitimo embaixador da ciência e da amizade. Tendo convivido com o querido colega e, em varias ocasiões, com ele trocado idéias sobre problemas da gastroenterologia e sobre outros de carter geral, podendo, assim, julgar com pleno conhecimento de causa, suas qualidades intelectuais, morais e civicas e sua grande cultura, prezando, sobremaneira, sua amizade sincera e desinteressada, não hesitei, embora conscio da responsabilidade que me pesa, em aceitar o horoso encargo que me foi cometido pelo professor Felicio Cintra do Prado, ilustre presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia, para trazer, nas palavras que acabo de proferir, a justa e comovida homenagem que a Sociedade presta à um de seus mais eminentes membros honorarios".

Necrológio

Professor André Dreyfus — Causou profunda consternação em nossos meios universitarios, científicos e sociais, a noticia do falecimento ocorrido no dia 16 de fevereiro deste ano, nesta capital, do prof. dr. André Dreyfus, chefe do Departamento de Biologia Geral, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade

de São Paulo, da qual também foi diretor.

Autor de obras de biologia e genética de incontestavel valor, nas quais se refletem os seus profundos conhecimentos dos problemas relacionados com aquelas ciências, o prof. Dreyfus gozava de merecido prestigio, não só nos centros universitarios de São Paulo e do país, como, também, nos do Exterior.

“INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA

DAUSSE

VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES

DOSES DIÁRIAS	
FORTES	FRACAS
100 à 600 gotas	10 à 20 gotas
Crises hemorroidarias agudas Úlceras varicosas (Para serem usadas nos normotensos)	Para as demais indicações

“INTRAIT” DE VALERIANA

DAUSSE



SEDATIVO VEGETAL

2 à 3 colheres das de chá por dia.

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Dausse — Paris - França
pelos Laboratórios Enila S. A., Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio.
Filial: Rua Marquês de Itú, 202 - São Paulo.

Nascido em 5 de julho de 1897, em Pelotas, no Rio Grande do Sul, fez, nessa cidade, o seu curso primário, no Colegio de Madame Gastal, concluindo, em 1911, o seu curso secundario no Ginasio Pelotense, da mesma localidade. Em 1914, iniciou o curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro, concluindo-o em 1.º lugar, em 1919.

Revelando, desde cedo, pendor para os estudos científicos, foi, durante o curso, monitor da Cadeira de Microbiologia e, mais tarde, de Histologia. De 1919 a 1926, manteve, no Rio de Janeiro, curso privado de Histologia, tendo lecionado mais de mil alunos. Em 1925, realizou a sua primeira conferência na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Nomeado, em 1924, chefe do Laboratório da Colina dos Alienados de Jacarepaguá, lá permaneceu até dezembro de 1926. Em 1927, a convite do dr. Pedro Dias da Silva, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, exerceu o cargo de 2.º Assistente da Cadeira de Histologia e Embriologia, para a qual foi contratado. Em 1929, foi nomeado 1.º Assistente efetivo da mesma Cadeira, quando se encontrava em Paris, em viagem de estudos. Nesse mesmo ano, chefiou, conjuntamente com o dr. Alberto Novaes, a embaixada de academicos paulistas que visitou a Bahia, tendo sido convidado, pouco depois, para fazer uma conferência sobre "O Estado Atual dos Problemas da Hereditariedade", no I Congresso Brasileiro de Eugenia, reunido no Rio de Janeiro. Em 1931, regeu parte do curso de Biologia Geral, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ao ser creado, em 1932, o curso pré-médico da Faculdade de Medicina de São Paulo, foi designado, sem prejuizo de suas obrigações como 1.º as, de Histologia e Embriologia, para reger a Cadeira de Biologia Geral. Em 1933, foi convidado pelo ministro da Agricultura para chefe-assistente da Secção de Técnica Genética do Instituto de Biologia Federal, no

Rio de Janeiro, tendo, porém, declinado do convite. Nesse mesmo ano, foi nomeado professor de Biologia Geral da Escola Livre de Sociologia e Política, hoje Instituto complementar da Universidade de São Paulo. Em 1934, foi nomeado professor catedrático de Histologia da Faculdade de Farmacia da Universidade de São Paulo. Ainda nesse mesmo ano, foi contratado para professor de Histologia e Embriologia Geral da Escola Paulista de Medicina, passando a professor catedrático em dezembro do mesmo ano. Exerceu, também, em 1934, a presidência da Secção de Biologia da Associação Paulista de Medicina. Em maio desse ano, foi nomeado professor de Biologia do Colégio Universitario e, ainda, para reger o curso de Biologia Geral da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Em 1937, foi nomeado, por concurso para o cargo de professor catedrático de Biologia Geral da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Foi aprovado, nesse concurso, com grau maximo, por todos os examinadores, em todas as provas. Em consequencia, conquistou, também, o doutorado em Ciências. Nesse ano, ainda, fez parte da Comissão Julgadora do concurso de Biologia Educacional para as escolas normais do Estado de São Paulo. Foi convidado, em 1941, para fazer parte da Comissão do concurso para professor catedrático de Histologia e Embriologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná. Em 1934, a convite do Departamento de Estado, visitou os Estados Unidos da America, realizando conferências, sobre seus trabalhos originaes, nas seguintes Universidades: Columbia, Yale, Princeton, Amhrest, Michigan, Washington, Rochester, California e Texas. Visitou também o Canadá, tendo realizado conferencias na Universidade de Laval, em Quebec, e McGill, em Montreal. Em 1948, a convite do British Council, realizou uma viagem à Inglaterra, realizando conferencias nas seguintes insti-

tuções. College em Londres; University of Cambridge, em Cambridge e University of Edimburgh, em Edimburgh. Nesse mesmo ano, representou o Brasil no 8.º Congresso Internacional de Génetica, em Estocolmo, na Suecia, tendo apresentado trabalhos originaes. A convite, visitou, ainda, a Itália, tendo apresentado trabalho original no Instituto di Idrobiologia, na Pallanza. Em Portugal, realizou conferências no Instituto Agromonico de Sacaven, em Lisboa. Em 1948, visitou a França, tendo realizado conferências na Sorbonne e na Faculdade de Medicina de Paris, no Serviço do Professor Valéry-Radot. Em novembro de 1949, foi convidado pelo Conselho Superior de Investigações Científicas, de Madrid, para ir à Espanha, convite que, por motivos de saúde, declinou. Pelo mesmo motivo não pôde atender a um convite para visitar a Universidade do Chile. Em 1951, recebeu convite oficial para

visitar, em 1952, a Universidade de Hamburgo, na Alemanha.

Deixa o prof. Dreyfus mais de 60 trabalhos, publicados, no campo de sua especialidade.

Ex-presidente da Sociedade de Biologia de São Paulo, era o extinto Oficial da Legião de Honra, tendo sido ainda distinguido com a medalha "Au Service de la Pensée Française" e medalha de ouro de "Honra ao Mérito" da Standard Oil Company. Era membro de varias sociedades científicas nacionais e estrangeiras. Foi vice-presidente da União Cultural Brasil-Estados Unidos, tendo exercido a presidência daquele instituto por algum tempo.

Tendo o falecimento do prof. André Dreyfus ocorrido no Hospital das Clínicas, foi o corpo conduzido para a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, de onde seguiu para o Rio de Janeiro, onde foi sepultado em jazigo da família, no Cemiterio S. João Baptista.

CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

Endocrinologia

Curso de extensão Universitária

— Terá início no dia 6 de maio próximo, no Anfiteatro do Hospital Moncorvo Filho, no Rio de Janeiro o 2.º Curso de Extensão Universitária sobre Endocrinologia Clínica, ministrado pelo Dr. José Schermann. O curso será essencialmente prático, visando especialmente o diagnóstico e, sempre que possível serão mostrados casos clínicos, radiografias e projeções. Haverá aula 3 vezes por semana, às terças e quintas-feiras às 21 horas e aos sábados às 11 horas. As aulas serão em número de 12. As inscrições deverão ser feitas

na Reitoria da Universidade do Brasil. Av. Pasteur, 250.

O curso versará sobre o seguinte programa: 1) Evolução dos métodos de diagnóstico em Endocrinologia — Prof. Luiz Capriglione; 2) Sistema Hipotálmo-Hipofisário — Dr. José Schermann; 3) Tireóide — Dr. José Schermann; 4) Paratiróides — Dr. José Schermann; 5) Timus — Dr. José Schermann; 6) Pâncreas — Dra. Maria Clotilde Vieira da Silva; 7) Córtex Suprarrenal — Dr. José Schermann; 8) Medula Suprarrenal — Dr. José Schermann; 9) Ovário — Dr. Antônio Quinet; 10) Testículos — Dr. José Schermann.

■ *Beba água sempre que tiver sede. Evitará, assim, as consequências desagradáveis de sua falta no organismo. — SNES.*

VI Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria

Sua realização em Belo Horizonte — Realizar-se-á em Belo Horizonte, no período de 21 a 27 de setembro p. vindouro, a VI Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, que obedecerá ao seguinte temário:

I — Infância excepcional: a) Oligofrênica; b) Neurótica; c) Criança — problema.

II — Influência dos fatores sociais na mortalidade infantil.

III — Salmoneloses.

IV — Síndrome convulsiva na infância.

V — Doença de chagas na infância.

VI — Temas livres.

As contribuições deverão ser apresentadas à Secretária da Jornada, Avenida Afonso Pena 867 — salas 806/7 Belo Horizonte-Minas, até o dia 15 de agosto, impreterivelmente, e deverão ser dactilografadas em espaço duplo e remetidas em três (3) vias, acompanhadas de um resumo, que não poderá exceder de duas páginas.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Associação Médica do Paraná

Nova diretoria — Foi eleita e empossada, no dia 26 de janeiro último, a nova diretoria que regerá os destinos da Associação Médica do Paraná, cujo mandato se prolongará por dois anos, na forma dos estatutos em vigor, ficando os cargos assim distribuídos:

Presidente: — Prof. Atlântido Borba Côrtes; **Vice-Presidente:** — Dr. Orlando M. Moro; **Secretário Geral:** — Dr. João Atila Rocha; **1.º Secretário:** — Dr. Lisandro Santos Lima; **2.º Secretário:** — Dr. Aloísio Blasi; **1.º Tesoureiro:** — Dr. Antero Sadi Pizzatto; **2.º Te-**

soureiro: — Dr. Alvaro Teixeira Pinto.

Comissão de Defesa da Classe — Prof. Joaquim de Matos Barreto; Dr. Josino Rocha Loures; Dr. Orlando M. Moro.

Comissão Científica — Prof. João Vieira de Alencar; Dr. Heinz Ruecker; Dr. Lisandro Santos Lima.

Comissão de Finanças — Dr. Lauro Portugal Tavares; Dr. Adolfo Góis; Dr. Antero Sadi Pizzatto.

Comissão Eleitoral — Dr. Domício Costa; Dr. Moacir Martins; Dr. João Atila Rocha.

Defenda seus dentes contra a cárie, alimentando-se convenientemente, escovando-os com rigor pelo menos duas vezes por dia e frequentando o dentista duas vezes por ano. — SNES.



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Diagnóstico microscópico de las enfermedades tropicales de América — Dr. Luiz A. Leon — Impr. de la Universidad Quito — Ecuador, 1947.

Tratando exclusivamente de temas de laboratório sob o ponto de vista técnico e num estudo crítico sobre o valor que se deve dar às diferentes provas de laboratório, o autor apresentou ao 1.º Congresso Mexicano de Medicina esse trabalho especializado. Volume de 105 páginas, são aí descritas minuciosamente as técnicas mais usuais e aconselháveis para a confirmação do diagnóstico das enfermidades produzidas por bactérias cogumelos espiroquetas protozoários e vermes. Material de exame, preparação, coloração, causas de erros etc., são detalhada e minuciosamente descritas, de maneira prática e concisa.

Polinosis Estudio Clínico e Botánico — Dr. Plutarco Naranjo Vargas e Dra. Henriqueta B. Naranjo — Impr. de la Universidad. Quito — Ecuador, 1950.

Estudo sobre a alergia e a classificação das chamadas enfermidades alérgicas, sua etiologia, patogenia e sintomatologia, fazem os autores largos comentários, chegando a conclusão de que não existem enfermidades alérgicas mas sim enfermos alérgicos. Sobre a polinosis, determinação genérica de todas as síndromes alérgicas nas quais o pólen de certas plantas é o agente etiológico da afecção (febre do feno, certos casos de asma, conjuntivite estival polínica e alguns casos de urticária e eczema), fazem os autores largos e detalhados estudos. Livro com 200 páginas, apresenta inúmeros clichês e volumosa citação bibliográfica.

Esquistosomíase mansoní hepato-esplênica; Dr. João Alves Meira — Tese de concurso para Cadeira de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — 1951.

Brilhante e valioso trabalho com que o autor concorreu à Cátedra e que mereceu da Comissão Examinadora os mais valiosos encontros e a mais elevada aprovação. Fina impressão, apresenta-se com 600 páginas, onde o estudo dessa entidade nosológica é feito da maneira a mais completa e minuciosa em oito capítulos, ocupando-se o último deles da terapêutica, das conclusões chegadas, das observações e bibliografia. Para que se possa aquilatar do valor dessa obra, aqui transcrevemos somente as conclusões do autor e que foram as seguintes:

1) A revisão da literatura mostra que o conceito anátomo-clínico da hepato-esplenopatia da esquistosomíase mansoní ainda permanece em suspenso.

2) Na interpretação etiopatogênica da hepato-esplenopatia da esquistosomíase mansoní devemos considerar como primacial o papel do "Shistosoma mansoní" vivendo no território venoso porta, dos produtos tóxicos dos parasitas, do ovo e das substâncias nocivas elaboradas pelo miracídio. A intervenção de outros fatores deve ser considerada como secundária ou coadjuvante, inclusive a cárcere alimentar.

3) As lesões hepáticas na esquistosomíase mansoní assumem dois tipos principais que foram rotulados pré-cirrose (fibrose periportal e interlobular incipiente) e cirrose franca (fibrose hepática difusa esquistosomótica). A presença do ovo e a reação que o mesmo de-

Para a HIPERTENSAO ARTERIAL :

PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm³.



TRATAMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E SUAS
MANIFESTAÇÕES

NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm.³.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

termina no tecido hepático caracterizam o processo histopatológico do fígado na esquistosomíase mansoni hépato-esplênica.

4) As referidas lesões são fases evolutivas de um mesmo processo patológico. Aos ovos de "Schistosoma mansoni" e aos produtos de origem helmíntica cabem o principal papel no determinismo dessas lesões.

5) As lesões esplênicas da esquistosomíase mansoni revestem o quadro histológico da chamada "esplenomegalia fibrocongestiva". O ovo do "Schistosoma mansoni" não participa do seu mecanismo causal.

6) A hépato-esplênopatia da esquistosomíase mansoni pode revestir as seguintes seqüências evolutivas anátomo-clínicas:

a) Lesão simultânea hépato-lienal, compondo quadro anátomo-clínico de cirrose hepática esplenomegálica, o qual ocorreu em 51,6%, ou 16 vezes em 31 casos estudados.

b) Lesão predominante esplênica com caracteres de esplenomegalia fibrocongestiva e discreta lesão hepática do tipo pré-cirrótico. Estes casos poderiam ser incluídos na rubrica de "síndrome bantião esquistosomótico" e ocorreram em 48,3% ou 15 vezes entre os 31 casos, que permitiram o estudo histopatológico do fígado e do baço.

7) O quadro terminal da esquistosomíase hépato-esplênica representa a última fase de um processo de longa e progressiva evolução com manifestações clínicas comparáveis à cirrose de tipo porta. Clinicamente, a fase hépato-esplênica que precede o período terminal da moléstia já é uma cirrose hepática tipo porta precoce, com esplenopatia simultânea, embora do ponto de vista histopatológico as lesões hepáticas ainda não correspondam às de cirrose evidente do fígado, mas a quadro de pre-cirrose ou cirrose incipiente.

8) O grau e a extensão da lesão hepática não explicam em todos os

casos a esplenomegalia esquistosomótica.

9) Ocorre em certos casos hipertensão portal sem lesão hepática presumivelmente capaz de condicionar obstáculo vascular porta intrahepático segundo as noções correntes de histopatologia. Estes casos teriam a genese da esplenomegalia em distúrbio provavelmente funcional da regulação da entrada e saída de sangue do órgão lienal, de modo a gerar hipertensão portal:

10) Póde-se verificar esplenomegalia do tipo fibrocongestivo na esquistosomíase mansoni sem hipertensão portal.

11) Em todos os casos de esplenomegalia esquistosomótica verifica-se a presença de lesões hepáticas, ainda que estas sejam discretas (pre-cirrose).

12) De acordo com as proposições anteriores a esplenomegalia esquistosomótica é secundária ou concomitante à lesão hepática, podendo ocorrer também com infiltrados celulares no fígado sem lesão obstrutiva. A feição esplenopática pode, entretanto, predominar no quadro anátomo-clínico da esquistosomíase hépato-esplênica.

13) Só é possível explicar a hépato-esplenopatia da esquistosomíase mansoni levando em conta a solidariedade fisiopatológica existente entre o fígado e o baço, e admitindo-se a intervenção dos seguintes fatores no mecanismo das referidas lesões:

a) lesão hepática esquistosomótica agindo sobre o baço por intermédio da hipertensão portal.

b) lesão hepática esquistosomótica agindo sobre o baço por via sistêmica, presumivelmente perturbando o afluxo e defluxo de sangue do órgão.

c) ação tóxica do "Schistosoma mansoni" sobre o baço provavelmente também perturbando seu caudal circulatório.

Estes fatores variam de caso para caso, adicionando-se uns aos outros nos estádios mais avançados.

14) Havendo hipertensão portal e lesões fibrocongestivas esplênicas com lesões hepáticas do tipo infiltrativo sem lesão vascular obstrutiva, deve-se admitir uma origem esplênica para a hipertensão portal por mecanismo das estruturas vâsculo-conjuntivas do baço pelas substâncias nocivas de origem helmíntica.

15) O comprometimento do baço na esquistosomíase mansoní pode ser acompanhado de síndrome de hiperfunção esplênica. Entendendo-se por hiperesplenismo a citopenia periférica com inibição de maturação do setor correspondente na medula óssea, inibição esta remediável pela esplenectomia, só verificamos hiperfunção esplênica parcial, interessando a série granulocitária neutrófila de modo mais evidente.

16) A anemia na esquistosomíase mansoní hépato-esplênica reconhece na sua etiopatogênese múltiplas causas (carência múltipla, hemorragias). A hipervolemia por hiperplasmia é uma das causas da anemia aparente que verifica na moléstia de Manson-Pirajá da Silva com comprometimento hépato-esplênico.

17) Não há evidências de hemólise na hépato-esplênopatia esquistomótica.

18) As provas de função hepática revelam o comprometimento do fígado na esquistosomíase mansoní, tanto nos casos em fase de compensação clínica como nos casos classificados no período descompensado, onde estão mais alteradas guardando correspondência com o quadro clínico.

19) Elas adquirem assim grande valia para a indicação do momen-

to mais adequado para o tratamento cirúrgico, quando este se tornar necessário.

20) A hipoalbuminomia e a hiperglobulinemia são as feições mais importantes encontradas nas alterações das proteínas plasmáticas nos casos de esquistosomíases hépato-esplênicas.

21) O tratamento médico visando a proteção das células hepáticas e uma ação antihelmíntica deve ser sistematicamente indicado antes das medidas cirúrgicas.

22) A esplenectomia influe sobre o curso da esquistosomíase mansoní hépato-esplênica, impedindo a evolução das lesões hepáticas nos casos não sujeitos a reinfecções. Este impedimento da evolução das lesões hepáticas com a esplenectomia mostra ser a disfunção esplênica sério co-fator da lesão hepática. A correção da deficiência alimentar, o afastamento de novas reinfecções e mesmo o tratamento médico não impedem a evolução das lesões hepáticas; seus resultados não são superponíveis aos obtidos pela esplenectomia feita precocemente.

3) A anastomose esplenorenal como complemento à esplenectomia, além de oferecer um risco operatório muito maior que a esplenectomia isolada, necessita de maiores estudos e observações antes de ser na prática sistematicamente indicada na esquistosomíase hépato-esplênica.

24) Nos casos predominantemente esplenopáticos a esplenectomia isolada deve ser a operação de escolha, de acordo com a seleção e avaliação pré-operatória dos pacientes.

Separata e folhetos recebidos

A obstrução catarral do cístico
— J. Romeu Cançado — Tese de concurso para docente livre da clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais — Belo Horizonte — 1948.

Carcinoma Primário da Trompa
— Dr. Domingos Delascio e Dr. Lindoro Credidio. Separata da Revista "Maternidade e Infância de São Paulo.

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos ultimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetria e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiologia |
| | XV — Tuberculose. |

Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.

Rheuphan

Ácido phenylcinchonico . 4/5

Excipiente 1/5

Poderoso eliminador do ácido urico. Eficaz contra reumatismo articular e muscular e de ação benéfica na gota, mesmo no período agudo.

1 A 2 COMPRIMIDOS 3 A 4 VEZES POR DIA, DEPOIS DAS REFEIÇÕES

Química e fisiologia: O RHEUPHAN transforma-se no organismo, inicialmente em ácido oxifenilcinchonico e depois em ácido piridincarbonico.

Propriedades: O RHEUPHAN incrementa notavelmente a eliminação do ácido úrico. Sua eficácia é devida especialmente ao aumento forte do metabolismo das purinas, que provoca. Importante é também sua ação anti-pirética, analgésica e anti-flogística.

LABORATÓRIO "LUIZ PEREIRA BARRETO"
FARMACÊUTICO QUÍMICO - ARNALDO LOPES

RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO

INSTITUTO RADIOLOGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone 34-0655

SÃO PAULO



DIVERMIL

COMBATE TODAS AS VERMINOSSES, SEM PERIGO

QUENOFÓDIO ATÓXICO
POR ADSORÇÃO

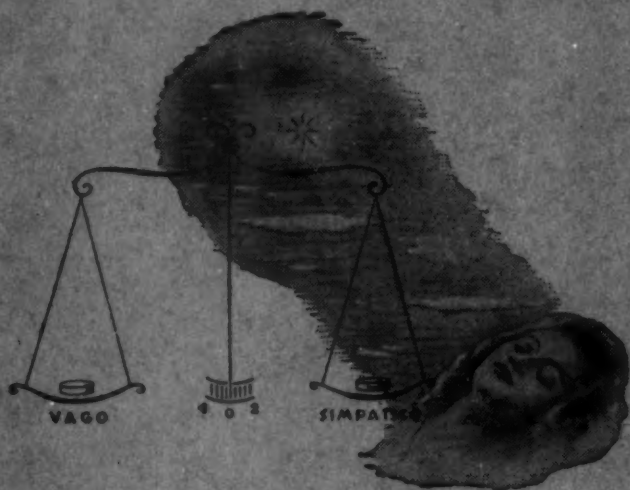
ADULTOS: 12 CAPSULAS
CRIANÇAS: 1 CAPSULA
PARA CADA ANO DE IDADE

LABORATÓRIO CROCI - RIO DE JANEIRO

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpatico



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4573 - São Paulo